

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O potencial de reconstrução da autonomia no
autocuidado: estudo exploratório acerca da sua
concretização numa amostra de clientes, três meses
após a alta hospitalar

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada
pelo Prof. Doutor Filipe Miguel
Soares Pereira e co-orientada pela
Prof.^a Inês Maria da Cruz Sousa

Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel

Porto | 2013

Agradecimentos

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde e aos responsáveis de Enfermagem dos Serviços de Medicina, bem como a todos os enfermeiros que lá exercem funções.

Aos clientes internados e respetivos membros da família prestadores de cuidados, que permitiram que este estudo fosse possível.

Ao Professor Filipe Pereira, por toda a sua disponibilidade e serenidade que permitiu manter o equilíbrio tão desejado.

À Professora Inês Cruz, pelas discussões e pela forma tão assertiva de ver a “realidade”.

Às colegas de mestrado Olinda e Joana, que me acompanharam na fase inicial desta aventura de investigação.

Aos meus pais, pelo carinho incondicional e apoio constante em todas as fases da minha vida e por compreenderem a minha pouca disponibilidade.

À minha irmã Joana, pelo apoio, palavra amiga, incentivo e disponibilidade nos momentos mais difíceis.

Ao Nuno, pela presença, ajuda, incentivo e transmissão de tranquilidade em todos os momentos, ajudando-me a acreditar que era capaz.

Ao meu primo Hélder, que me ajudou a colmatar algumas dificuldades com a formatação deste trabalho de investigação.

Aos amigos de sempre. Muito obrigada pela vossa força!

A estes, a todos os que estão, e a todos os que se cruzaram comigo nesta caminhada e que colaboraram e impulsionaram este trabalho, ajudando-me a vingar.

Muito obrigada!

Siglas e Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Cf. – conforme

CHPVVC – Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNP – Classificação Nacional das Profissões

ECCL – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECG – Escala de Comas de Glasgow

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

IADA – Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado

ICN – International Council of Nurses

i.e. – isto é

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MFPC – Membro da Família Prestador de Cuidados

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCHDE – Self-Care of Home Dwelling Elderly

SPSS – Statistical Packaged for the Social Sciences

ÍNDICE

Lista de Tabelas	IX
0. INTRODUÇÃO	17
1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	21
1.1. O autocuidado como conceito central para a Enfermagem	21
1.2. O potencial de reconstrução de autonomia da pessoa com dependência no autocuidado.....	23
1.2.1. Fatores que influenciam o potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado	25
1.3. Apontamentos acerca da formulação de um juízo clínico acerca do potencial de reconstrução de autonomia da pessoa com dependência no autocuidado	35
1.4. Justificação do estudo.....	37
2. METODOLOGIA.....	39
2.1. Finalidade e objetivos	39
2.2. Desenho de estudo	40
2.3. Variáveis em estudo.....	41
2.4. População e amostra	42
2.5. Procedimento de recolha de dados	43
2.5.1. O(s) instrumento(s) de recolha de dados	45
2.5.1.1. Validade e Fidelidade do(s) instrumento(s) de recolha de dados	48
2.6. Procedimentos de análise de dados	55
2.7. Considerações éticas.....	56

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
3.1. Caracterização da amostra.....	57
3.1.1. A pessoa com dependência no autocuidado	57
3.1.2. O membro da família prestador de cuidados.....	60
3.2. No momento da alta	61
3.2.1. A condição da pessoa com dependência na alta hospitalar.....	62
3.2.1.1. Nível e tipo de dependência no(s) autocuidado(s)	62
3.2.1.2. Compromisso dos processos corporais	66
3.2.1.3. Consciencialização e envolvimento.....	69
3.2.1.4. Atitudes e crenças	71
3.2.1.5. Conhecimento e acesso aos recursos de apoio	74
3.2.1.6. Capacidade para tomar decisões e autoestima	75
3.2.1.7. Emoções e significados.....	76
3.2.2. Destino da pessoa com dependência após a alta.....	80
3.2.3. O membro da família prestador de cuidados.....	80
3.2.3.1. Consciencialização e envolvimento do membro da família prestador de cuidados	81
3.2.3.2. Percepção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados para o exercício do papel	81
3.2.3.3. Conhecimentos e capacidades para o desempenho do papel de membro da família prestador de cuidados.....	83
3.2.3.4. Perfil de prestação de cuidados assegurado pelo membro da família prestador de cuidados.....	84
3.2.4. Juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução de autonomia no autocuidado da pessoa com dependência.....	85
3.2.4.1. Exploração dos principais fatores envolvidos na formulação do juízo clínico acerca do potencial de reconstrução de autonomia no autocuidado da pessoa com dependência	87

3.3. Três meses após a alta	90
3.3.1. A condição da pessoa com dependência três meses após a alta hospitalar	91
3.3.1.1. O nível e tipo de dependência no(s) autocuidado(s)	91
3.3.1.2. Compromisso dos processos corporais.....	92
3.3.2. Percurso assistencial da pessoa com dependência	93
3.3.3. O membro da família prestador de cuidados	95
3.3.3.1. Percepção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados	96
3.4. Evolução da condição da pessoa com dependência no autocuidado ao fim de três meses	96
3.4.1. Evolução do nível de dependência no(s) autocuidado(s)	97
3.4.2. Evolução nos compromissos dos processos corporais.....	101
3.4.3. Exploração dos principais fatores associados à evolução da dependência no autocuidado	102
4. CONCLUSÕES.....	109
5. BIBLIOGRAFIA.....	113
ANEXOS	119

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das pessoas com dependência (variáveis quantitativas).....	58
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica das pessoas com dependência (variáveis qualitativas).....	58
Tabela 3: Caracterização das pessoas com dependência prévia, em função do tempo de dependência (anos).....	58
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica dos MFPC (variáveis quantitativas).....	60
Tabela 5: Caracterização sociodemográfica dos MFPC (variáveis qualitativas)	60
Tabela 6: Caracterização dos MFPC em função da experiência anterior de tomar conta.....	61
Tabela 7: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função da dependência para <i>tomar banho</i> , no momento da alta	63
Tabela 8: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do nível de dependência por domínio de autocuidado e global, no momento da alta	64
Tabela 9: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do <i>status</i> neurológico (consciência)	66
Tabela 10: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função dos compromissos na comunicação e memória (N=45)	67
Tabela 11: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos compromissos dos processos corporais	67
Tabela 12: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos <i>scores</i> (agregados) relativos à consciencialização das limitações para o autocuidado e ao envolvimento	69

Tabela 13: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função dos <i>scores</i> (agregados) relativos às atitudes	71
Tabela 14: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função do <i>score</i> (agregado) relativo às crenças de saúde	72
Tabela 15: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos <i>scores</i> (agregados) referentes às dimensões relativas ao perfil de autocuidado	73
Tabela 16: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos <i>scores</i> (agregados) referentes às dimensões relativas ao conhecimento e acesso aos recursos de apoio.....	74
Tabela 17: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos <i>scores</i> (agregados) referentes às dimensões relativas à capacidade de tomar decisões e à autoestima.....	75
Tabela 18: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função do <i>score</i> (agregado) relativo à socialização	79
Tabela 19: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função do destino após a alta	80
Tabela 20: Caracterização da amostra de MFPC, em função dos <i>scores</i> (agregados) relativos à sua consciencialização e envolvimento	81
Tabela 21: Caracterização da amostra de MFPC, em função dos <i>scores</i> relativos à sua percepção de autoeficácia para tomar conta do familiar dependente, face a cada domínio do autocuidado	82
Tabela 22: Caracterização da amostra de MFPC, em função do <i>score</i> (agregado) relativo aos seus conhecimentos e capacidades para tomar conta	83
Tabela 23: Caracterização da amostra de MFPC, em função dos <i>scores</i> relativos ao perfil de prestação de cuidados ao familiar dependente.....	84
Tabela 24: Síntese (qualitativa) sobre o juízo clínico do enfermeiro, em função da diferença entre o juízo acerca do potencial de reconstrução da autonomia e o nível de dependência no autocuidado, no momento da alta hospitalar	85

Tabela 25: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, no momento da alta, em função do seu potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, no horizonte temporal de três meses	86
Tabela 26: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do nível de dependência por domínio de autocuidado e global, três meses após a alta	92
Tabela 27: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função dos compromissos nos processos corporais, três meses após a alta.....	93
Tabela 28: Distribuição da amostra em função da necessidade de MFPC três meses após a alta	95
Tabela 29: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do seu nível de dependência, ao fim de três meses, quando comparado com o juízo clínico acerca do seu potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado (formulado na alta hospitalar) ..	97
Tabela 30: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função da evolução do seu nível global de dependência no autocuidado, ao fim de três meses.....	98
Tabela 31: Diferença entre o “nível global de dependência três meses após a alta” e o “nível global de dependência na alta”	99
Tabela 32: Caracterização da amostra em função das diferenças entre o “nível de dependência ao fim de três meses” e o “nível de dependência na alta”, por domínio de autocuidado	100
Tabela 33: Distribuição dos MFPC em função da evolução de percepção de autoeficácia...	106

Resumo

O estudo aqui relatado inscreve-se no domínio do autocuidado, mais concretamente na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado. O autocuidado constitui-se como uma área de extrema relevância para a profissão e disciplina de enfermagem, pelo que o tema emergiu da preocupação que esta problemática tem suscitado na comunidade científica e profissional.

O estudo realizado teve por finalidade contribuir para a expansão do conhecimento sobre alguns dos fatores envolvidos na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado. Os objetivos centrais que dirigiram o estudo foram: a) caracterizar a dependência no autocuidado na alta; b) avaliar a forma como evoluiu a dependência ao fim de três meses; c) comparar a forma como evoluiu a dependência no autocuidado com o juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução da autonomia; e d) explorar as associações entre os fatores que podem influenciar a reconstrução da autonomia e a evolução da dependência, ao fim de três meses.

Foi realizado um estudo de perfil quantitativo, do tipo exploratório e descritivo, com carácter longitudinal. A investigação foi desenvolvida nos serviços de medicina do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde, com uma amostra não probabilística de conveniência constituída por 60 pessoas com dependência no autocuidado e respetivos membros da família prestadores de cuidados.

Os resultados apurados mostram-nos que, ao fim de três meses, a maioria dos dependentes evoluiu favoravelmente, em termos de nível de dependência no autocuidado, excedendo o juízo clínico do enfermeiro (formulado no momento da alta) acerca do seu potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado. Os clientes com evoluções mais favoráveis na sua autonomia no autocuidado foram aqueles com maior envolvimento no seu processo de transição, com maior capacidade para tomar decisões, com uma maior perceção de acesso a recursos da comunidade e com uma atitude mais positiva face ao plano terapêutico que lhes foi proposto. Para além disso, foram pessoas que durante os três meses seguintes ao internamento mais iniciativa tiveram para procurar informação sobre a sua condição de saúde e beneficiaram do apoio de familiares que, mais que os substituir, os desafiaram a ser autónomos.

Estes resultados indicam-nos a necessidade de não circunscrever as abordagens terapêuticas de enfermagem aos aspetos fisiopatológicos que resultam dos quadros que determinam a instalação de dependência no autocuidado.

Palavras-chave: autocuidado, dependência; reconstrução da autonomia; juízo clínico do enfermeiro; transição

Abstract

This study falls within the self-care domain, more precisely in what regards the autonomy recover of the self-care dependent person. Self-care is an extremely relevant area for the nursing profession and discipline, whereby the theme emerged from the concern that this problematic is rising in the professional and scientific community.

The performed study aimed to contribute to the expansion of knowledge about some of the factors involved in the autonomy recover of the self-care dependent person. The main objectives that drove the study were: a) to characterize the dependency in self-care at hospital discharge; b) to evaluate how the dependency evolved after three months; c) to compare the way how the self-care dependency evolved with the nurse clinical judgment about the autonomy recover potential; and d) to explore the associations between factors which may influence the autonomy recover and the dependency evolution, after three months.

A study of quantitative profile, exploratory, descriptive and with a longitudinal character was conducted. The research was developed in medical wards of the Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde, with a non-probabilistic sample of convenience constituted by 60 persons with self-care dependency and their respective family member carers.

The obtained results show that, after three months, most of the dependents evolved favorably, in terms of level of dependency in self-care, exceeding the nurse's clinical judgment (formulated at discharge) about their potential to recover autonomy in self-care. The clients with more favorable outcomes in their self-care autonomy recover were those with a higher involvement in their transition process, with greater ability to make decisions, with a higher perception of access to community resources and with a more positive attitude towards the proposed therapeutic plan. Furthermore, they were the persons that during the three months following the hospitalization had more initiative to search for information about their health condition and benefited from the family support who, rather than replacing them, challenged them to be autonomous.

These results point out the need to not circumscribe the nursing therapeutic approaches to the physiopathological aspects that result from the clinical conditions which determine the placing of self-care dependency.

Key-words: self-care; dependency; autonomy recover; clinical judgment of the nurse; transition

0. INTRODUÇÃO

A dissertação que aqui se apresenta inscreve-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Trata-se do relatório de investigação de um percurso que esteve focado na problemática do autocuidado, com particular incidência nas questões relativas ao potencial de reconstrução da autonomia, após um evento gerador de dependência ou de um cenário de manifesta diminuição das capacidades de desempenho nas atividades de autocuidado. O interesse pela problemática resultou da nossa atividade clínica quotidiana, no contexto de um serviço de internamento de medicina e, fundamentalmente, da frequência daquele curso de mestrado, onde as questões sobre o potencial de reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência foram bastante enfatizadas, muito em particular no âmbito da Unidade Curricular de Autocuidado II.

Ao longo do nosso percurso académico pós-graduado fomos criando e consolidando a convicção de que, reduzir o potencial de recuperação da autonomia dos clientes, por exemplo após um Acidente Vascular Cerebral (AVC), aos aspetos neuromusculares, ou, se quisermos, aos “processos corporais” (Cf. ICN, 2011), era demasiado redutor e, muitas vezes, infirmado pela realidade da nossa experiência clínica. Acresce que àquilo que acabamos de expor, se sobrepôs a forma clara e com grande potencial explicativo da realidade que nos foi sendo proposta pela Professora Alice Brito acerca do fenómeno, tal como exposto na sua tese de doutoramento (Brito, 2012).

Ora, animados pelos aspetos a que aludimos, evoluímos num estudo de cariz descritivo e exploratório e perfil longitudinal, tentando perceber como evoluía a dependência dos clientes, após um quadro de instalação ou diminuição das capacidades de desempenho no autocuidado, confrontando essa evolução com o nosso juízo clínico (prévio) acerca do potencial de recuperação de cada caso. No nosso juízo clínico fomos integrando, para além de aspetos inscritos no âmbito dos “processos corporais”, dimensões centradas em outras condições (pessoais e externas ao cliente) com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia no autocuidado. Aqui, fomos muito influenciados por Brito

(2012) que, por sua vez, ancorou a sua investigação na teoria das transições com relevância para a enfermagem, proposta por Meleis e colaboradoras (2000).

O autocuidado é um conceito central para a disciplina e, por força de razão, para o exercício profissional dos enfermeiros (Pereira, 2007; Brito, 2012). Por esta razão o conceito e a teorização em torno do autocuidado, de acordo como Orem (2001), servem-nos para explicar a natureza singular da enfermagem no panorama da saúde, sendo considerado como a base onde assenta o conhecimento disciplinar de enfermagem.

Em Portugal, a melhoria das condições socioeconómicas e os progressos tecnológicos da medicina, a par da redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida; traduzem-se na existência de uma população envelhecida, o que corresponde a uma maior prevalência de doenças crónicas e consequentemente dependência no autocuidado. Em 2012, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) a população idosa com 65 ou mais anos, residente em Portugal, correspondia a 19%. O mesmo Instituto (2012) aponta que na última década se verificou um agravamento do índice de dependência nos idosos¹, que subiu de 24 em 2001, para 29 em 2011.

Este fenómeno tem vindo a tornar-se uma das principais preocupações da saúde. Daqui, advém o aumento da procura e do consumo de cuidados de saúde, que se reflete no aumento de internamentos hospitalares. As situações que desencadeiam o internamento, em particular em serviços de adultos, levam ao declínio das capacidades funcionais da pessoa, o que se repercute numa maior perda da autonomia para o autocuidado. Tal facto foi constatado por Pereira (2007), ao verificar que nos serviços de adultos incluídos no seu estudo, a maioria dos episódios de internamento referiam-se a clientes com quadros de significativa dependência nos diferentes domínios do autocuidado. Em consequência da crescente dependência, os clientes, tendem a necessitar de uma pessoa que os substitua no desempenho das suas atividades de vida diárias – o membro da família prestador de cuidados (MFPC). A família, que era o habitual suporte dos cuidados, nas últimas décadas sofreu alterações significativas; pois, a mulher que era a principal cuidadora, passou a assumir outras funções, deixando de exercer o anterior papel, o que acarreta dificuldades acrescidas à prestação de cuidados em contexto domiciliário (Sequeira, 2011).

¹ **Índice de dependência nos idosos** – relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2008).

O fenómeno do autocuidado, ao longo do tempo, tem sido bastante abordado nas teorias de enfermagem. Neste contexto, a Teoria de Enfermagem de Orem, tem sido muito usada como referencial para a investigação. Esta é uma teoria geral que engloba três teorias: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que os cuidados de enfermagem aconteçam, em benefício dos clientes.

Na perspetiva de Orem (1991), o autocuidado pode ser definido como uma atividade (ou conjunto de atividades) auto-iniciada(s) que visam a manutenção da vida, saúde e bem-estar contínuo. É um conjunto de ações, que as pessoas executam ao longo do seu desenvolvimento, que se prendem com as capacidades necessárias para cuidar de si.

Segundo Hoy, Wagner e Hall (2007, p. 456) *“as capacidades de autocuidado podem ser estruturadas em capacidades fundamentais (satisfazer as necessidades básicas e respetiva interação com a aprendizagem), de poder (controlo da situação e satisfação de objetivos pessoais, nos domínios cognitivo, fisiológico e emocional) e ainda em capacidades de desempenho (do papel na dimensão da saúde, bem como na resolução de situações por orientação para o problema e aperfeiçoamento do processo de decisão)”*. Dada a ampla abrangência deste constructo, para este estudo restringimo-nos apenas à sua essência básica, ou seja, às atividades realizadas pelo indivíduo que implicam *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (ICN, 2011, p. 41). Assim, é importante que os enfermeiros valorizem a promoção do autocuidado e a consciência de que o mesmo tem fortes implicações na autonomia do cliente.

Em linha com aquilo que nos foi proposto por Brito (2012), exploramos o conceito de autonomia nos termos de Proot e colaboradores (2007). Estes autores apresentam o conceito de *“changing autonomy”*, o qual emergiu da investigação realizada em clientes vítimas de AVC. A este conceito estão implícitas três dimensões que necessitam de ser atendidas durante o processo de reconstrução da autonomia: a autodeterminação, a independência e o autocuidado (Proot et al., 2000). A fim de reconstruir a sua autonomia, a pessoa deve desenvolver e manter estratégias eficazes e comportamentos de autocuidado, porque, a autonomia pessoal envolve um sentido do realismo da vida, que tem por base a relação entre o que as pessoas fazem e o que querem fazer (Proot et al., 2007).

A passagem de um quadro de independência no autocuidado para um cenário de dependência, traduz-se numa mudança, que origina uma transição (Meleis et al., 2000). O conceito de transição é central e tem grande relevância para a enfermagem, remetendo-nos para a ideia de *“uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”* (Chick & Meleis, 1986, p. 239). Com base na nossa experiência profissional, podemos afirmar que nesta transição, o evento gerador de dependência, corresponde na sua maioria a uma doença crónica, aguda ou agudização de um problema crónico, ocorrendo uma transição saúde-doença. Todavia, este, nem sempre é delimitado no tempo e a instalação da dependência pode ser gradual e progressiva, muitas vezes, em resultado do envelhecimento, sendo esta uma transição do tipo desenvolvimental (Meleis et al., 2000).

Partimos para esta investigação, ancorados na perspetiva teórica de Meleis e colaboradoras (2000), pensando essencialmente nas transições saúde-doença e de desenvolvimento, que provocam mudanças significativas e desafiam as pessoas a desenvolver e/ou reconfigurar as suas competências de autocuidado.

São os enfermeiros, que em contacto com as pessoas podem reconhecer mais facilmente as transições vivenciadas, intervindo precoce e eficazmente com recurso a terapêuticas de enfermagem, para que a transição culmine com a adaptação à nova situação (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000). Paralelamente, os cuidados de enfermagem, que dependem da tomada de decisão dos enfermeiros, podem e devem desempenhar um papel crucial na melhoria da capacidade de adaptação e otimização de todas as condições e circunstâncias que envolvem e influenciam a conduta dos clientes, tendo em vista o desenvolvimento das suas capacidades de desempenho no autocuidado.

De acordo com esta perspetiva, propusemo-nos realizar este estudo, cujo relatório final se encontra estruturado em quatro partes. Na primeira parte delimitamos a problemática e efetuamos uma abordagem ao conhecimento já existente sobre o autocuidado, sempre alicerçados na finalidade e objetivos do estudo. Na segunda parte abordamos os aspetos metodológicos que suportam o percurso da investigação, como sejam a finalidade e objetivos do estudo, o desenho de estudo, a população e amostra, as estratégias de recolha e análise de dados e os aspetos éticos. A terceira parte do relatório dá lugar à apresentação e discussão dos resultados, as quais se desenrolam em simultâneo de forma a facilitar a sua compreensão. A última parte deste relatório, contempla as principais conclusões que emergem do estudo, aponta alguns aspetos relativos ao potencial de utilização clínica dos seus resultados e os principais desenvolvimentos futuros.

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Ao situarmos este estudo no âmbito do autocuidado, com particular interesse nas situações em que os clientes sofreram um agravamento do seu nível de dependência, delimitamos a problemática a conceitos como: autocuidado, autonomia e condicionalismos envolvidos no processo de reconstrução da autonomia. Quando falamos em potencial de reconstrução da autonomia também estamos a referir-nos ao juízo clínico que os enfermeiros produzem, se quisermos, acerca do potencial de recuperação de cada cliente. Assim, também estamos focados na problemática da formulação de tais juízos clínicos.

1.1. O autocuidado como conceito central para a Enfermagem

Ao longo dos tempos, o termo autocuidado expandiu-se para além das atividades básicas de vida e está cada vez mais associado à promoção de saúde, sendo um processo em que a pessoa age por si e em benefício próprio. A condição que implica a necessidade de cuidados de enfermagem é a ausência de capacidade do cliente manter o seu autocuidado em quantidade e qualidade suficiente para a manutenção da vida e saúde, recuperação da doença ou lesão (Orem, 2001). De acordo com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), o enfermeiro tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado.

O autocuidado é, como temos destacado, um conceito central para a enfermagem, inscrevendo-se de forma marcada nas teorias de enfermagem filiadas na “Escola das Necessidades” (Meleis, 2005). Nesta escola de pensamento, a finalidade da enfermagem é ajudar o indivíduo doente ou saudável a conseguir a independência (autonomia) tão rapidamente quanto possível, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde – o autocuidado. O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) considera o autocuidado como um dos focos centrais de atenção da enfermagem. No âmbito da classificação do ICN, amplamente utilizada em Portugal, existem várias “espécies de

autocuidado” como: *alimentar-se; cuidar da higiene pessoal; tomar banho; transferir-se; auto-elevar*, entre outros, o que nos remete para o conceito de requisitos universais de autocuidado (Orem, 2001). Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos, ao longo do ciclo vital, de acordo com a idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros. Estão associados aos processos vitais, à manutenção da integridade e funcionamento humano, e ao bem-estar em geral. Como veremos adiante, neste estudo, estaremos muito focados nos domínios do autocuidado que podem ser entendidos como requisitos universais.

O autocuidado é visto como um sistema de ação, onde a pessoa, por si própria ou por meio de outro (por exemplo: um MFPC), executa as atividades necessárias para preservar a saúde. De acordo com Orem (2001), por princípio, todas as pessoas são capazes de suprimir o seu autocuidado, evocando o conceito de “*self-care agency*”, como o conjunto de habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas que são específicas para a realização das atividades de autocuidado. Quem possui estas capacidades é denominado de “*self-care agent*”. O “*self-care agent*” evoca, intrinsecamente, componentes relacionados com o conceito de autonomia, como sejam a intencionalidade, o percurso de vida, a capacidade física e a capacidade de tomada de decisão (Proot et al., 2007). Quando estas necessidades são superiores à capacidade da pessoa para o seu autocuidado, instala-se um déficit de autocuidado (Orem, 2001). Este conceito é orientador, pois é mediante a identificação deste déficit que o enfermeiro deve intervir.

Backman e Hentinen (1999) definiram o autocuidado como uma prática que faz parte do estilo individual, que fomenta a adaptação às mudanças presentes e perspectivas futuras, o que se repercute num requisito para o normal funcionamento e desenvolvimento humano. As atividades de autocuidado, não são formas meramente racionais para manter a saúde; elas refletem as atitudes das pessoas face aos cuidados de saúde, à doença e à vida.

O autocuidado diz, também, respeito a disposições e atitudes que influenciam as capacidades e comportamentos da pessoa para lidar com as mudanças que ocorrem ao longo da vida, sendo um fator intrínseco a cada ser humano. Neste contexto, a capacidade de autocuidado é considerada a capacidade do indivíduo cuidar de si próprio e depende da sua intenção (Söderhamn, 2001). Esta postura está intimamente relacionada com a consciencialização da pessoa dependente, da necessidade de modificar os seus comportamentos face às exigências do autocuidado, de modo a reconstruir a autonomia, cumprindo todo o seu potencial de recuperação, após um evento gerador de dependência.

1.2. O potencial de reconstrução de autonomia da pessoa com dependência no autocuidado

A ocorrência de um evento gerador de dependência no autocuidado influencia drasticamente a autonomia da pessoa. O potencial que cada pessoa encerra para preservar ou reconstruir a sua autonomia, após a instalação de um quadro de dependência no autocuidado, não deverá ser reduzido aos aspetos neuromusculares e “objetivamente” operacionalizados à luz do paradigma biomédico. Ora, é aqui que, ao conceber a reconstrução da autonomia como um processo de transição, a proposta de Meleis e colaboradoras (2000) nos é útil. Isto porque, se é certo que as capacidades/compromissos neuromusculares condicionam o processo; não é menos crível que, por exemplo, a atitude do cliente face à dependência, aquilo que ela significa para ele, a sua força de vontade, a sua convicção e desejo de recuperar ou o apoio e mobilização de recursos da comunidade também não joguem como papel decisivo na maximização do seu potencial de recuperação. Esta visão alargada e multifacetada, com uma sólida ancoragem teórica, que nos é proposta por Brito (2012) é muito animadora e impregnada de uma visão consonante com a ideia de uma “enfermagem avançada” (Silva, 2007).

Autonomia e independência são conceitos próximos, mas distintos. A pessoa é considerada dependente (perda da independência) quando se constata a sua incapacidade para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades de autocuidado (Sequeira, 2010). Por sua vez, o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida, de acordo com as próprias regras e preferências pessoais (World Health Organization, 2002), o que representa um *status* de autogovernança e auto-orientação (Cf. ICN, 2011).

A reconstrução da autonomia, atendendo ao local onde exercemos a nossa atividade profissional, deve ser considerada uma meta extremamente importante no cuidado ao cliente, pois a existência de “compromissos” a nível da autonomia, vai condicionar de forma negativa a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar das pessoas. Após a ocorrência de um evento gerador de dependência, a autonomia da pessoa diminui, não se verificando somente uma diminuição da capacidade física, uma vez que a pessoa vê também os seus planos de vida interrompidos e estagnados (Proot et al., 1998).

Proot e colaboradores (2002) aprofundaram, através da investigação, o conceito de autonomia e das dimensões que lhe estão associadas. Relativamente às dimensões implícitas do conceito de autonomia, as autoras identificaram três: a autodeterminação, a independência e o autocuidado (propriamente dito). A autodeterminação refere-se à capacidade da pessoa para fazer escolhas e tomar decisões relativamente à sua vida e saúde. A independência inclui os aspetos do domínio físico, psicológico e social, e é nesta dimensão que se situam as questões relacionadas com o planeamento e organização da própria vida, incluindo a responsabilidade pela saúde. O autocuidado inclui capacidades, como a mobilidade, comunicação e cognição e as atividades de vida que são necessárias ao normal funcionamento da pessoa (Proot et al., 2002). As três dimensões da autonomia identificadas relacionam-se entre si, pois a independência exige que se façam escolhas e se tenha liberdade de escolha (autodeterminação), o que por sua vez requer a tomada de decisão e execução de habilidades (autocuidado). É de salientar que quando as capacidades para o desempenho das atividades de autocuidado diminuem, a independência e a autodeterminação são as dimensões que requerem mais empenho por parte da pessoa.

A partir desta visão do conceito de autonomia, importa salientar que a sua conceptualização ultrapassa o domínio da capacidade funcional e abrange aspetos centrados na tomada de decisão e na assunção de responsabilidades. A principal estratégia da pessoa que se depara com uma situação de perda de autonomia passa pela tomada de iniciativa e responsabilidade (Proot et al., 2002).

É nosso entendimento, em linha com Brito (2012) que os enfermeiros têm um papel crucial na promoção da autonomia dos clientes, ao facilitarem o recomeço das atividades de autocuidado e ao apoiarem a sua manutenção, facultando informações e recursos que permitem aos clientes a tomada de decisão e a opção entre várias alternativas. O enfermeiro deve ajudar o cliente a perceber de forma realista a sua condição de saúde e o seu potencial de reconstrução de autonomia, fomentando a tomada de consciência das mudanças e do que está diferente, de modo a incrementar a aprendizagem de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências que promovem a transição e se repercutam em alterações no comportamento (Meleis, 2005).

Pelo exposto se percebe que, o desenvolvimento de abordagens terapêuticas promotoras do potencial de maximização da autonomia dos clientes exige o conhecimento, a mobilização e o ajuste dos fatores que podem influenciar o potencial de reconstrução da autonomia dos clientes.

1.2.1. Fatores que influenciam o potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado

O autocuidado não se traduz apenas numa forma inconsciente de agir, mas também numa rotina consciente que é aprendida e moldada ao longo da vida e que depende de vários fatores (Orem, 1991; Söderhamn, 1998). Assim, concebendo o autocuidado nos termos de Orem (2001), olhando para o fenómeno da reconstrução da autonomia como um processo de transição (Meleis et al., 2000) e iluminados pela proposta de Brito (2012), importa equacionar os aspetos com potencial de condicionar o curso da transição, após um evento gerador de dependência.

A centralidade e utilidade da teoria das transições proposta por Meleis, na abordagem ao fenómeno da reconstrução da autonomia no autocuidado, deriva do seu carácter operativo e alcance clínico. Também aqui, alinhamos com Brito (2012), uma vez que, ao equacionarmos os aspetos que podem influenciar o processo, remetemos para aquilo que, grosso modo, é designado por Meleis e colaboradoras (2000) como condicionalismos das transições.

O conceito de transição remete para mudança, mas nem todas as mudanças se referem a transições e, muito menos, transições com relevância para a enfermagem. As transições, nos termos daquelas autoras, resultam de mudanças, mas estão centradas na experiência pessoal e interna; isto é: como tais mudanças são vividas pelas pessoas. As transições com relevância para a enfermagem, como aquela que nos ocupa, apontam para mudanças na vida das pessoas que interferem com a saúde ou exigem respostas que se traduzem através de comportamentos relacionados com a saúde (Pereira, 2007). Daqui resulta claro que a transição após um evento gerador de dependência no autocuidado é de extrema relevância para enfermagem. Com base nestes aspetos, fica evidente que o fenómeno da reconstrução da autonomia no autocuidado é um processo, que exige tempo e um fluxo, no qual a ajuda profissional dos enfermeiros pode ser extremamente significativa para os clientes.

Estas transições e o seu curso são condicionados por fatores que as podem facilitar ou inibir – os condicionalismos (Meleis et al., 2000). Em traços gerais, poderíamos dizer que, de acordo com muitas das leituras que fizemos sobre a problemática, o potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado de cada cliente pode ser influenciado, desde logo, pela sua capacidade física (residual) e cognitiva, pela idade, mas também por aspetos

como o seu *locus* de controlo, a sua atitude face à vida e a sua autoestima. Se pensarmos em termos daquilo que Meleis e colaboradoras (2000) designam por condicionalismo externos ao cliente, estaremos a falar dos cuidados profissionais a que os doentes têm acesso, do apoio da família, entre outros aspetos (Orem, 2001; Backman & Hentinen, 2001; Proot et al., 2007; Zelzenick, 2007). O estudo de Brito (2012) e outros que lhe estiveram associados (Pereira, 2008), dado a ancoragem teórica que adotaram foram-nos muito úteis na delimitação daquilo que podem ser as condições capazes de influenciar o curso da transição que resulta de um quadro de instalação de dependência no autocuidado.

Como vimos, com grande incidência, o potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, após um evento gerador de dependência, tem sido essencialmente equacionado à luz da natureza e intensidade dos compromissos neuromusculares dos clientes. Aqui, destacam-se os aspetos relativos à função cognitiva e compromissos dos processos corporais (força muscular, equilíbrio corporal, entre outros).

A função cognitiva é uma característica individual, baseada nos recursos pessoais, estado de saúde e nas experiências de vida, sendo que as múltiplas perdas, as alterações das funções sensoriais e as necessidades associadas à doença contribuem para o aparecimento de alterações cognitivas. Proot e colaboradores (2002) referem que a abrangência da incapacidade, após um AVC, leva à existência de alterações na comunicação e na cognição, as quais podem limitar a reconstrução da autonomia da pessoa. Estas alterações prendem-se essencialmente com a capacidade de processamento da informação e a memória. A capacidade de processamento da informação depende da capacidade para receber, decodificar e reter informação (Sequeira, 2007). A memória a curto prazo é responsável pela retenção de informação num curto período de tempo (Spar e La Rua, 2005), sendo fundamental para a aprendizagem e recordação de novas informações. Estas condições são essenciais para a realização de várias atividades do quotidiano, pelo que o seu comprometimento cria dificuldades ao cliente para manipular dados ou realizar tarefas, o que inibe a reconstrução da autonomia.

O compromisso a nível dos processos corporais, também é uma das categorias de fatores com potencial de influenciar a recuperação da autonomia. No estudo de 2009, Almeida referiu-se às alterações fisiológicas que influenciaram a perda de autonomia, como por exemplo a parésia e a dor, como compromissos dos processos corporais (Cf. ICN, 2011). Também Petronilho e colaboradores (2004) concluíram que a diminuição da força muscular (grupos musculares dos membros superiores, inferiores e tronco), do equilíbrio corporal, da

capacidade para realizar movimentos articulares ou a diminuição da capacidade na coordenação dos movimentos, são fatores importantes ao nível das alterações dos processos corporais, que podem influenciar negativamente a reconstrução da autonomia. Contudo, reduzir a questão do potencial de recuperação dos clientes a estas categorias de fatores não nos permitem explicar por que razão pessoas com o mesmo tipo e intensidade de alterações neuromusculares têm evoluções distintas ao longo do tempo. Poderíamos, desde logo, dizer que isso se devia a acessos muito diferentes a distintos serviços de saúde. Em muitos casos será assim, não temos dúvidas. Todavia, o estudo de Brito (2012) orienta-nos para outros aspetos que, necessariamente, têm que ser equacionados e integrados nas abordagens terapêuticas que oferecemos aos clientes dos cuidados de enfermagem. Neste particular, dimensões como a consciencialização do cliente e, por consequência, o seu envolvimento no processo assumem carácter crítico.

Os aspetos relacionados com a consciencialização são cruciais para o desenvolvimento de transições (Meleis et al., 2000; Pereira, 2008; Brito, 2012), porque a transição (enquanto experiência pessoal) só se inicia após a pessoa tomar consciência do que mudou na sua vida e do que vai mudar (Meleis et al., 2000). A consciencialização (*awareness*) traduz-se, assim, na perceção, conhecimento e reconhecimento da mudança. Assim, a perceção e o reconhecimento das limitações face ao desempenho das atividades de autocuidado, influenciam a reconstrução da autonomia. As pessoas, à medida que vão estando mais cientes das suas capacidades e limitações vão aumentando a sua consciencialização (Brito, 2012) e, por consequência, tendem a envolver-se mais no processo de recuperação da autonomia (Pereira, 2008; Almeida, 2009). Ora, este processo de “tomada de consciência”, por parte do cliente, exige tempo, não ocorrendo numa lógica de “tudo ou nada”. Como bem nos alerta Brito (2012), as pessoas vão se “consciencializando”, pelo que é preciso “dar tempo”.

De modo similar, o envolvimento, que na teoria das transições se refere à forma como a pessoa se vai envolvendo e interessando pelo processo de mudança (Meleis et al., 2000), pode ser considerado um fator capaz de influenciar a reconstrução da autonomia. O envolvimento começa e verifica-se quando as pessoas demonstram preocupação com o seu estado de saúde e com questões acerca das suas possibilidades de melhoria (i.e.: indicadores de envolvimento crescente), procurando informação, aderindo às propostas de mudança e mostrando-se progressivamente mais proactivas na mudança de comportamentos e atitudes (Pereira, 2008; Almeida, 2009; Brito, 2012). Nesta linha, a

determinação, o empenho, a vontade em participar e em recuperar, podem-se constituir como fatores que facilitam a reconstrução da autonomia (Pereira, 2008; Brito, 2012).

A consciencialização e o envolvimento, sendo propriedades das transições (Meleis et al., 2000), são aqui concebidas como dimensões cruciais ou críticas (nos termos de Brito, 2012) no curso do processo de reconstrução da autonomia no autocuidado. Com efeito, no nosso quotidiano profissional, percebemos que, muitas vezes, os clientes mais conscientes das suas limitações e com uma visão realista das suas possibilidades de recuperação tendem a ser aqueles mais envolvidos e aqueles que “acabam” por “recuperar mais”.

Na realidade, as pessoas com níveis adequados de consciencialização da sua situação de dependência e do seu potencial de recuperação tendem a ter expectativas para o futuro mais realistas. As expectativas são crenças (Cf. ICN, 2011) e as crenças, de acordo com Meleis e colaboradoras (2000), são uma das categorias das condições pessoais dos clientes que mais influenciam o curso das transições. No processo de transição, os clientes criam expectativas (realistas ou irreais) acerca do seu potencial de reconstrução da autonomia. É por isso que, em termos terapêuticos, ajudar os clientes a adequar e dimensionar as suas expectativas é crucial nestes processos (Brito, 2012). O estabelecimento de metas e objetivos e a construção de uma visão positiva para o futuro são aspetos importantes para a pessoa que se encontra numa situação de doença (Kralik, Price & Telford, 2010), e quando presentes são facilitadores da reconstrução da autonomia.

Ainda no âmbito das crenças, a perceção de autoeficácia, nomeadamente para levar por diante as atividades propostas pelos profissionais de saúde, parece desempenhar um papel importante na recuperação dos clientes (Almeida, 2009). A perceção de autoeficácia reflete a crença do indivíduo sobre a sua capacidade para desempenhar atividades específicas; envolve o julgamento sobre as suas capacidades para mobilizar recursos cognitivos e ações de controlo sobre o meio ambiente, que exercem influência sobre os acontecimentos que afetam a sua vida (Bandura, 2006). Segundo Söderhamn (2000, p. 184) *“as pessoas conseguem desempenhar com eficácia o autocuidado quando compreendem os fatores que têm que ser controlados ou geridos de forma a regular o seu funcionamento e desenvolvimento”*. As pessoas com uma elevada perceção de autoeficácia acreditam ser capazes de lidar com diversos acontecimentos da sua vida, e no caso da dependência no autocuidado, acreditam recuperar a autonomia prévia. Almeida (2009) verificou que o aumento da perceção de autoeficácia está associado a um aumento da confiança demonstrada pelas pessoas à medida que vão evoluindo no seu autocuidado. Em

contrapartida, as que demonstram ter baixa percepção de autoeficácia tendem a sentir-se inúteis e a desconfiarem das suas capacidades para ultrapassar obstáculos.

É um facto que as crenças, em particular as de saúde, são consideradas determinantes para a adoção de comportamentos de saúde, o que no caso de uma pessoa com dependência no autocuidado pode condicionar a reconstrução da autonomia. Com base no modelo de crenças de saúde descrito por Strecher e Rosenstock (1997), a adoção de comportamentos que visem a reconstrução da autonomia, pode ser influenciada pela percepção da pessoa acerca da gravidade da dependência (percepção da gravidade), dos riscos a que está exposta decorrentes da mesma (percepção de suscetibilidade) e dos benefícios associados à adoção de comportamentos que potenciem a autonomia (percepção dos benefícios), apesar das dificuldades que vai encontrando devido à situação de dependência (percepção dos custos). Neste sentido, quando as pessoas demonstram acreditar que os seus comportamentos de saúde vão ser uma mais-valia para a recuperação, envolvem-se e responsabilizam-se mais, o que pode funcionar como fator facilitador da reconstrução da autonomia. No entanto, a crença de que não há possibilidade de recuperar, promove uma atitude passiva face ao autocuidado (Selander et al., 2006).

A realidade descrita no parágrafo anterior remete para aquilo que poderemos designar como “atitude face à dependência no autocuidado”, o que nos leva para o território descrito por Backman e Hentinen (1999) de “perfil de autocuidado”. De acordo com estas autoras, são pré-condições para o autocuidado: a história de vida da pessoa, a sua personalidade, as suas experiências com a saúde e a sua opinião e atitude face ao envelhecimento. Os resultados dos estudos daquelas autoras (1999; 2001) permitiram-lhes construir um modelo explicativo, onde identificaram e caracterizaram quatro perfis ou posturas face ao autocuidado, cada um com diferentes condições para a ação: o “autocuidado responsável”, o “autocuidado formalmente guiado”, o “autocuidado independente” e o “autocuidado de abandono”.

O “perfil de autocuidado responsável” implica uma postura ativa e responsável no desempenho de todas as atividades de vida diária e na adoção de comportamentos de promoção de saúde e prevenção da doença. As pessoas com este perfil de autocuidado têm uma orientação positiva para o futuro e demonstram ter experiências positivas com o envelhecimento. Relacionam-se num registo de paridade com os profissionais de saúde, discutem as diferentes alternativas sobre o tratamento e acreditam que quando precisarem de ajuda no autocuidado, ser-lhes-á facultada essa ajuda.

As mesmas autoras (1999) referem que o “perfil de autocuidado formalmente guiado” consiste no desempenho das atividades de autocuidado, de forma passiva, com base em instruções de profissionais de saúde ou prestadores de cuidados. O desejo e o nível de participação destas pessoas nas decisões sobre a sua saúde são muito baixos, pelo que com o passar dos anos, estas tendem a isolar-se, encarando o envelhecimento como a deterioração da condição física e a perda de capacidade para a realização das atividades diárias, e não mobilizam recursos para lutar contra isso.

Pessoas com “perfil de autocuidado independente” encerram em si as características de quem foi sempre independente ao longo da vida, guiando-se sempre pela sua “voz interior”. Quando têm algum problema de saúde, não procuram ajuda profissional, pois acreditam que a sua experiência de vida é a melhor fonte na procura de soluções. Tendem a efetuar uma avaliação positiva da sua condição de saúde, negam o envelhecimento e preferem viver o dia-a-dia.

As pessoas com “perfil de autocuidado de abandono” são caracterizadas pela impotência, falta de responsabilidade e de capacidade de decisão. São pessoas que negligenciam o seu cuidado pessoal e têm muitas limitações nas redes de apoio social. No que se refere aos problemas de saúde, acreditam que nunca mais vão recuperar, pelo que têm grande receio do futuro (Zelzenick, 2007), preferindo muitas vezes a morte.

Estas atitudes face ao autocuidado podem constituir aspetos com influência na reconstrução da autonomia. Brito (2012) constatou que os clientes com posturas mais passivas e resignadas viam o seu quadro de dependência como uma “condição” duradoira; por sua vez, os clientes com perfis mais “responsáveis” e/ou “independentes” liam o quadro de dependência no autocuidado como uma “situação” desafiante, procurando envolver-se ativamente na sua recuperação.

Em função destas posturas ou atitudes face ao autocuidado e à dependência, admite-se a emergência de emoções ou sentimentos distintos, por parte dos clientes. Ao longo do nosso quotidiano clínico, percebemos que, muitas vezes, o facto de a pessoa passar a depender da ajuda de terceiros ou do uso de equipamento, nalguns casos, leva à manifestação de sentimentos de impotência e inutilidade, o que dificulta o envolvimento da pessoa na transição e, por conseguinte, dificulta a reconstrução da autonomia.

Os significados atribuídos aos eventos que desencadeiam uma transição e ao próprio processo de transição podem facilitar ou inibir o processo (Meleis et al., 2000). A atribuição de um significado positivo evidencia que as pessoas aprendem novas formas de

lidar com a sua condição, de forma a encontrar um equilíbrio que fomente o bem-estar (Kralik, Price & Telford, 2010). A adoção de uma nova visão de si mesmo após o evento gerador de dependência é uma mais-valia para o processo de reconstrução da autonomia. Em contrapartida, a atribuição de significados negativos à dependência ou ao agravamento da condição de saúde, pode ser entendido como um fator que exerce influência negativa.

Quanto às emoções, Almeida (2009) refere que podem facilitar ou dificultar a reconstrução da autonomia. Relativamente às que facilitam a transição, este autor destaca a confiança e a esperança. No estudo de Pereira (2008) verificou-se que os clientes com sentimentos de esperança focados na sua recuperação, envolviam-se mais no processo, tinham vontade de participar nos cuidados e estavam muito recetivos às terapêuticas de enfermagem. No que se refere às emoções que dificultam a reconstrução da autonomia, salientamos o sentimento de impotência e falta de esperança (Pereira, 2008; Almeida, 2009) e ainda, a ansiedade, o cansaço, a solidão, o desamparo, o sofrimento, a angústia espiritual e o desespero (Almeida, 2009).

A preocupação com determinados aspetos da vida da pessoa, também pode influenciar a forma como esta enfrenta a transição. A evolução da condição de saúde, os recursos disponíveis, o apoio da família e/ou MFPC e a disponibilidade de recursos económicos, são, na nossa opinião e de acordo com os resultados de Brito (2012), das preocupações mais presentes nas pessoas que enfrentam um quadro de dependência no autocuidado. Ter conhecimento sobre a condição de saúde que levou à situação de dependência e partilhar experiências com outras pessoas que se encontram em circunstâncias semelhantes, ajuda a pessoa a reconquistar um sentido de controlo da sua vida (Kralik, Price & Telford, 2010). A disponibilidade de recursos económicos também surge como um fator que pode influenciar a reconstrução da autonomia, porque geralmente pessoas com mais poder económico apresentam maior perceção de autoeficácia e autocuidado efetivo (Callaghan, 2005). Por sua vez, indivíduos com a situação financeira mais precária, tendem a procurar menos as instituições de saúde e têm comportamentos de autonegligência (Leenerts & Magilvy, 2000).

Ainda no âmbito dos fatores intrínsecos ao cliente, com potencial de influenciar o processo de reconstrução da autonomia, destacamos a capacidade de tomada de decisão da pessoa, o que nos remete para o conceito de *locus* de controlo. O processo de tomada de decisão refere-se aos *“processos mentais para determinar o curso da ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos”* (ICN, 2011,

p. 69). Consideramos que esta capacidade envolve aspetos como o conhecimento prévio, as habilidades, os valores pessoais, a motivação e a autoestima, podendo influenciar de forma positiva a reconstrução da autonomia.

A autoestima define-se como a atitude positiva ou negativa que a pessoa tem sobre si mesma (Backman & Hentinen, 2001) ou, numa visão mais detalhada: a *“opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva”* (ICN, 2011, p. 80). Pelas propriedades que delimitam o conceito e por aquilo que fomos expondo, percebe-se a influência que este aspeto poderá ter no processo de recuperação ou maximização da autonomia. Na realidade, Almeida (2009) aponta a autoestima (positiva) como um traço pessoal dos clientes facilitador da reconstrução da autonomia, uma vez que no seu estudo, os participantes que tinham uma visão positiva de si mesmos, se sentiam mais confiantes das suas capacidades para enfrentar os problemas (perceção de autoeficácia), e mais confiantes no futuro; ultrapassaram mais facilmente os sentimentos negativos que dificultam a transição. Em contrapartida, quando os clientes experimentavam situações de autoestima diminuída, associadas à dependência funcional e à perda do papel desempenhado no seio da família, verificaram-se dois tipos de respostas, prejudiciais à reconstrução da autonomia: a fuga ao contacto social e o desinteresse por atividades de promoção da autonomia.

Até aqui, fomos destacando, essencialmente, fatores intrínsecos aos clientes que, de acordo com a revisão da literatura, seminários temáticos realizados no Curso de Mestrado e a nossa reflexão, podem condicionar o processo de reconstrução da autonomia no autocuidado. Contudo, como já fomos apontando e em linha com aquilo que muito bem deixa evidente o estudo de Brito (2012), nesta discussão devem ser equacionados, também, fatores externos ao próprio cliente com dependência.

Os recursos da comunidade inserem-se nos condicionalismos externos à pessoa com potencial de influenciar o curso da transição. Neste domínio destacamos os produtos de apoio, os recursos institucionais e os recursos profissionais na comunidade.

A utilização de produtos de apoio para a promoção da autonomia ou para diminuir as limitações provocadas pelos défices, tem uma relação direta com os ganhos em autonomia face ao autocuidado. No estudo de Almeida (2009), a não utilização de equipamentos demonstrou ser um obstáculo para a recuperação da autonomia. Estudos

como o de Matias (2011) e Maia (2012) deixam bem evidente o facto de a grande maioria dos dependentes no autocuidado não utilizarem, sequer, metade dos equipamentos que seriam necessários para promover a sua autonomia no autocuidado. Todavia, quando estes existem mas as pessoas não os utilizam, ou porque não querem (por exemplo, devido a significados dificultadores atribuídos à sua utilização) ou porque não os conhecem, verifica-se um desperdício de recursos e um não investimento na reconstrução da autonomia.

O acesso a instituições de saúde e aos profissionais são recursos da comunidade que podem interferir com a reconstrução da autonomia. A qualidade e intensidade da interação do cliente com o enfermeiro são aspetos que culminam na produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Meleis et al., 2000, Pereira, 2007). De acordo com Proot e colaboradores (2002), as estratégias dos profissionais de saúde que favorecem a reconstrução da autonomia são: trabalho em equipa, atenção e respeito.

O restabelecimento de relações sociais, para além do núcleo familiar, que deve ser entendido como um indicador de processo, deixa os clientes com dependência mais alegres, com mais confiança no futuro e com motivação para encarar melhor a mudança (Almeida, 2009), o que desencadeia comportamentos e atitudes que têm como objetivo a reconstrução da autonomia. Em contrapartida, a falta de contacto com as pessoas com quem estavam habituados a conviver socialmente e o afastamento por parte de algumas, contribui para o aparecimento de sentimentos negativos, que dificultam a adaptação à situação de dependência. Segundo Almeida (2009, p. 63), o *“estigma social sobre as pessoas com dependência é um entrave à sua reinserção na sociedade”*.

Um aspeto que ficou bem evidente no estudo de Brito (2012) foi o papel crucial dos familiares cuidadores, no processo de promoção da autonomia no autocuidado do familiar dependente. Na opinião de Almeida (2009), os MFPC que estão melhor informados sobre a situação do familiar dependente, sobre o seu potencial de recuperação e sobre o plano terapêutico, conseguem ser mais promotores da autonomia. Com efeito, os MFPC podem desenvolver a sua ação a vários níveis, em prol da recuperação da autonomia do familiar dependente. Este aspeto remete para a necessidade de, nas abordagens terapêuticas de enfermagem, ser crucial o processo de clarificação da natureza do papel que o MFPC deve exercer, tendo por horizonte a promoção da autonomia do familiar dependente. Na realidade os MFPC podem ser “mais substitutivos” que aquilo que a situação do dependente exige e, por essa via, limitarem o potencial de recuperação (Brito, 2012).

Familiares cuidadores presentes e participativos facilitam o processo de reconstrução da autonomia, na medida em que assumem um papel fundamental ao incrementar expectativas adequadas para a reconstrução da autonomia. Segundo Pereira (2008), a presença deste suporte familiar influencia as pessoas dependentes a trabalhar e a empenharem-se no sentido de readquirirem a sua autonomia. Paradoxalmente, o MFPC pode interferir negativamente, dificultando a reconstrução da autonomia, quando *“tem dificuldade em assumir o papel e agir de encontro com as expectativas e necessidades (...), promovendo respostas inadequadas”* (Almeida, 2009, p. 70). As dificuldades de ordem física dos MFPC e as dificuldades relacionadas com a disponibilidade de tempo para prestar cuidados também podem dificultar a promoção da autonomia do cliente. Estes distintos aspetos remetem-nos para a simultaneidade da transição para o papel de muitos familiares cuidadores, quando alguém experimenta um quadro de dependência no autocuidado. Assim, uma transição não pode ser lida sem ser relacionada com a outra (Meleis et al., 2000; Shumacher et al., 2000).

O conjunto dos fatores discutido que pode constituir uma base explicativa para o processo de reconstrução da autonomia no autocuidado, após a instalação de um quadro de dependência, representa uma base de conhecimento para a ação profissional. Na realidade, em cada situação clínica, poderemos reunir dados sobre aqueles aspetos numa lógica de produzirmos um juízo clínico acerca do potencial de recuperação do cliente, com o intuito de tomar decisões adequadas à maximização dos resultados em saúde.

Na conceção do estudo que aqui relatamos, interessava-nos identificar casos de clientes que experimentassem um quadro de instalação (ou manifesto agravamento) da dependência no autocuidado, para, posteriormente, evoluir na exploração dos principais fatores com potencial de influenciarem a reconstrução da autonomia. Este percurso visava a formulação de um juízo clínico sobre o potencial de recuperação do cliente. Uma vez avaliada a dependência do cliente e formulado o juízo acerca do seu potencial de recuperação, interessava-nos, ao fim de três meses, verificar como evoluía a condição de saúde do cliente, comparando-a com a avaliação feita durante o internamento e o nosso juízo acerca do seu potencial de recuperação da autonomia. Neste contexto, a investigação desenhada também esteve focada na problemática da formulação dos “juízos clínicos” dos enfermeiros, neste particular, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado dos clientes, após a instalação de um quadro de dependência no autocuidado.

1.3. Apontamentos acerca da formulação de um juízo clínico acerca do potencial de reconstrução de autonomia da pessoa com dependência no autocuidado

Um dos aspetos centrais da atividade clínica dos enfermeiros prende-se com a formulação de juízos clínicos acerca das condições dos clientes, de acordo com o mandato social de que a enfermagem está investida e o conhecimento substantivo da disciplina. O juízo clínico do enfermeiro pode ser definido como *“um conjunto de decisões realizadas pelo enfermeiro em interação com o doente, relativamente ao tipo de observações a serem realizadas acerca da situação do doente, à avaliação da informação observada e da consequente derivação de significados (diagnósticos) e as intervenções de enfermagem que devem ser tomadas com ou em nome do doente”* (Tanner, 1987, p. 154). Nesta definição estão representadas as fases que constituem o processo de enfermagem, o qual assenta num conjunto de etapas mentais, sequenciais e dinâmicas, que contemplam a apreciação inicial, o planeamento, a implementação e a avaliação. No sentido de uma maior integração dos pressupostos teóricos da disciplina na prática de cuidados, o processo de enfermagem tem enfatizado cada vez mais o processo de diagnóstico e a definição de objetivos e critérios de diagnóstico (Silva, 2011).

Nenhuma das partes que constitui o processo de enfermagem pode ser entendida separadamente, porque todas se relacionam entre si. A etapa que corresponde à colheita de dados/apreciação inicial envolve processos cognitivos que não se circunscrevem apenas à recolha ou identificação de aspetos verificados pelos enfermeiros. Os dados são observados e interpretados, conduzindo à formulação de um diagnóstico de enfermagem (Carnevali & Thomas, 1993). O processo de diagnóstico corresponde a um processo de interpretação, análise e inferência diagnóstica permanente, guiado pelos dados evidentes e pelos dados intencionalmente procurados pelo enfermeiro (Silva, 2011). Posto isto, a formulação do juízo clínico a que nos referimos resulta de um processo de síntese e, como tal, implica a recolha, análise e interpretação de dados. Os dados são unidades elementares de informação referentes a aspetos da saúde das pessoas, que os enfermeiros colhem, tendo como objetivo identificar problemas reais ou potenciais, ou mesmo oportunidades

de desenvolvimento. A observação, identificação e agrupamento dos dados, permite ao enfermeiro tomar decisões acerca da necessidade em cuidados das pessoas.

Como veremos na secção relativa à metodologia, muitos dos dados que recolhemos, relativamente a cada um dos casos que compõem a nossa amostra, reportam para “juízos clínicos”. Contudo, quando falamos no potencial de recuperação ou reconstrução da autonomia no autocuidado, também estamos a falar de juízos clínicos; neste caso relativos àquilo que podem ser os “resultados (esperados)”. Um resultado representa uma consequência ou efeito de algo (Cf. ICN, 2011). Assim, os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem devem refletir *“um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, que seja medido ao longo de um contínuo usando uma escala de medida, em resposta à(s) intervenção(ões) de enfermagem”* (Moorhead, Johnson & Maas, 2008).

Importa salientar, em linha com o exposto nos parágrafos anteriores que, o juízo clínico do enfermeiro não é um *“insight”*, mas algo baseado num processo intencional, sequencial e dinâmico. Sendo um processo de recolha, análise e interpretação de dados, a questão que se levanta (aqui) não se prende com os processos mentais empregues, mas sim com os dados utilizados e que estão na base da formulação dos juízos clínicos. A revisão da literatura, exposta anteriormente, deu-nos apontamentos sobre as principais categorias de dados, que numa perspetiva iluminada pela teoria das transições de Meleis podem influenciar a reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado.

Em suma, é de salientar que o juízo clínico acerca do potencial de reconstrução da autonomia de cada caso, é, como salientamos, um “resultado esperado” ou um “prognóstico”. Este juízo prognóstico representa o conhecimento ou juízo, feito pelo enfermeiro, e ancorado num conjunto de dados tidos como relevantes.

1.4. Justificação do estudo

O envelhecimento da população associado ao aparecimento de doenças crónicas e as necessidades que daí decorrem são temas amplamente conhecidos, e alvo, de cada vez maior atenção por parte das entidades responsáveis pela saúde. Os enfermeiros, e os cuidados que proporcionam aos clientes com quadros de dependência no autocuidado, têm um papel fulcral na preservação e/ou reconstrução da autonomia.

No seu exercício profissional, é da competência do enfermeiro, a promoção da autonomia do cliente. Segundo a Ordem dos Enfermeiros:

“Os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (2004, p. 5).

Sendo o autocuidado uma ação auto-iniciada e fortemente relacionada com o estilo de vida do cliente, é crucial que os enfermeiros reconheçam os fatores com potencial de influenciar o autocuidado da pessoa e, assim, tomar as decisões clínicas mais adequadas. À luz da perspetiva teórica da teoria das transições (Meleis et al., 2000), que consideramos na concepção dos cuidados de enfermagem, estes fatores correspondem aos condicionalismos, intrínsecos e extrínsecos, que podem influenciar a forma como os clientes desenvolvem respostas, com vista à reconstrução e maximização da autonomia.

Na perspetiva de Meleis (2005), é fulcral o desenvolvimento de conhecimento para a profissão de enfermagem que permita a caracterização dos clientes e das suas necessidades em cuidados de saúde, nomeadamente ao nível do autocuidado. Neste contexto, os enfermeiros devem investir no desenvolvimento de conhecimento focado em terapêuticas de enfermagem centradas nessas necessidades, que sejam capazes de aumentar o bem estar e maximizar a utilização dos recursos disponíveis para as atividades de vida diárias.

Ancorados nesta perspetiva, concebemos o autocuidado como conceito central da disciplina de enfermagem, pelo que urge aprofundar, criar e refinar conhecimento sobre este foco, tendo em vista a sua aplicação na produção de cuidados que sejam significativos para os clientes. Conscientes da importância do desenvolvimento de estudos centrados na

caracterização da dependência no autocuidado e nos fatores com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia, tomámos a decisão de enveredar por um estudo de investigação que nos ajudasse, em última instância, a melhorar a qualidade dos cuidados, por via da consolidação de uma base sólida de conhecimentos.

Atendendo a tudo o que fomos expondo, a propósito da influência que os fatores ou condicionalismos que influenciam a transição podem ter na forma como as pessoas lidam com a dependência no autocuidado; consideramos que importa evoluir em estudos que expandam este conhecimento e nos permitam ter um discurso mais rigoroso acerca desta problemática. Acreditamos que ao focar o nosso estudo nos fatores envolvidos no processo de tomada de decisão clínica dos enfermeiros para avaliar o potencial de reconstrução da autonomia da pessoa com dependência, podemos alargar o leque de conhecimentos no domínio da problemática do autocuidado e, assim, no futuro, integrar com maior propriedade o conceito e os seus condicionalismos no nosso processo assistencial aos clientes. Este estudo pode, então, representar um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no contexto onde exercemos a nossa atividade profissional.

2. METODOLOGIA

Num trabalho de investigação é fundamental definir o caminho a percorrer, de modo a que todas as opções metodológicas sejam devidamente clarificadas. Esta fase corresponde à metodologia, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004), é a fase que se dedica à seleção dos métodos mais apropriados à construção de um discurso, em resposta às questões ou objetivos de investigação. Assim, a fase metodológica compreende quatro etapas *“a escolha do desenho de investigação, a definição da população e da amostra, a elaboração de métodos ou escalas de medida ou de tratamento das variáveis, a escolha dos métodos de colheita e análise de dados”* (Fortin, 2009, p.54).

Neste capítulo, referimo-nos à finalidade, aos objetivos do estudo, ao desenho e tipo de estudo, às variáveis em estudo, à população e natureza da amostra, aos procedimentos de recolha de dados, às questões relativas à validade e fidelidade dos instrumentos, finalizando com as considerações éticas.

2.1. Finalidade e objetivos

A ocorrência de um evento gerador de dependência no autocuidado traduz-se numa mudança na vida das pessoas que as leva a iniciar processos de transição, nomeadamente, com vista à reconstrução da autonomia, quando para isso existem condições.

A finalidade deste estudo, em última análise, dado o seu carácter e âmbito, será contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da expansão do conhecimento sobre um aspeto de saúde com grande relevância no contexto onde exercemos a nossa profissão – referimo-nos à problemática da dependência no autocuidado e à reconstrução da autonomia.

É com base no reconhecimento da importância que os fatores facilitadores ou inibidores podem ter para a compreensão das transições que as pessoas vivenciam, quando

se deparam com a dependência no autocuidado, que ganhamos mais motivação para desenvolver um estudo desta natureza. Ao contribuirmos para o aumento do conhecimento disponível sobre o processo de reconstrução da autonomia, após um evento gerador de dependência, mais concretamente sobre os fatores com potencial de influenciar a forma como as pessoas vivenciam as transições, estaremos indiretamente a criar condições para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, muito em particular à escala do serviço onde exercemos a nossa atividade profissional.

De forma a delimitar o estudo, a partir da sua finalidade, importa definir os objetivos que nortearam este percurso de investigação:

- Caracterizar a dependência no autocuidado dos clientes, no momento da alta;
- Caracterizar a condição de saúde dos clientes, em termos de compromissos nos processos corporais, no momento da alta;
- Avaliar a forma como evolui a dependência no autocuidado dos clientes, ao fim de três meses;
- Comparar a forma como evolui a dependência no autocuidado dos clientes, ao fim de três meses, com o juízo clínico acerca do potencial de reconstrução da autonomia;
- Explorar as associações entre os fatores que podem influenciar a reconstrução da autonomia no autocuidado e a evolução da dependência, ao fim de três meses.

Delimitada a finalidade e objetivos do estudo, avançámos na metodologia e procedemos à descrição do desenho de estudo.

2.2. Desenho de estudo

Face à finalidade e objetivos da investigação, pareceu-nos pertinente enveredar por um estudo quantitativo, de perfil exploratório, descritivo e de carácter longitudinal.

Optámos pelo paradigma quantitativo, na medida em que se trata de um estudo muito mais focado nas características regulares da amostra, que nos aspetos meramente exemplares (Polit, Beck & Hungler, 2004). Este tipo de abordagem constitui um processo dedutivo, por meio do qual os dados numéricos fornecem dados objetivos referentes às variáveis em estudo, permitindo observar e quantificar acontecimentos e fenómenos.

Este estudo é de perfil descritivo, pois tem como um dos seus propósitos observar e documentar o fenómeno em estudo, no seu contexto natural. Importa também salientar que o nosso estudo é de natureza exploratória pois, para além de observar e registar o fenómeno, explora a forma como este se manifesta e as eventuais relações e associações entre as variáveis em estudo.

Do ponto de vista temporal, o nosso estudo pode ser classificado como longitudinal; ou seja, é um estudo intrasujeitos. O estudo longitudinal contempla a recolha de dados em diversas ocasiões (neste caso, duas) junto dos mesmos sujeitos e num período de tempo determinado (ao fim de três meses). Neste contexto, foi nossa intenção avaliar as principais mudanças nos vários domínios do autocuidado.

2.3. Variáveis em estudo

Uma variável é por definição uma qualidade, propriedade ou característica de uma pessoa ou objeto, à qual se atribui um valor (Fortin, 2009), pelo que a sua definição conceptual e operacional se torna fundamental num estudo de perfil quantitativo. Para ser “medida”, uma variável deve primeiro ter um significado, pelo que, neste percurso de investigação, procuramos definir conceptualmente as variáveis, delimitando as fronteiras e os significados dos conceitos em estudo.

Segundo Fortin (2009), a definição operacional de uma variável remete para os procedimentos a aplicar para a sua medição. Desta feita, as variáveis em estudo, uma vez que tratam de aspetos observáveis que visam dar resposta aos objetivos de estudo, foram operacionalizadas de acordo com as suas características específicas. Com este procedimento é possível escolher o tratamento estatístico mais adequado, pelo que é fundamental, a identificação das escalas ou níveis de mensuração das variáveis em estudo (Pestana & Gageiro, 2008). De acordo com a literatura existem várias tipologias para categorizar as variáveis, as quais são classificadas de acordo com o papel que exercem na investigação. Neste relatório optámos por categorizar como variáveis de “atributo” as que nos permitem caracterizar os sujeitos em estudo, em particular em termos sociodemográficos, e como variáveis “principais” aquelas que remetem para os principais conceitos do estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004). A operacionalização das variáveis de

atributo (relativas à pessoa com dependência no autocuidado e ao seu MFPC) e das variáveis principais em estudo – fatores com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia da pessoa com dependência, bem como o tipo e nível de dependência no autocuidado, são apresentadas no Anexo I.

2.4. População e amostra

A população em estudo define-se como o conjunto de elementos que têm características em comum; isto é, o conjunto de elementos que satisfazem os critérios de inclusão, definidos previamente, para os quais se pretende fazer generalizações, e que vão de encontro aos interesses da investigação (Fortin, 2009).

Para este estudo foram considerados todos os casos de clientes com episódios de internamento nos serviços de Medicina do CHPVVC, ocorridos entre o dia 1 de abril e o dia 30 de junho de 2012. Todavia, se a mesma pessoa tivesse mais que um episódio de internamento no serviço durante esse período, só poderia ser contabilizada como “caso” em estudo uma única vez. Por outro lado, interessava-nos a população ou universo de casos que cumprisse os seguintes critérios:

- Pessoas, com episódio de internamento, nos Serviços de Medicina do CHPVVC - Unidade de Vila do Conde, no período compreendido entre 1 de abril e 30 de junho de 2012, que experimentaram a instalação de um quadro de dependência no autocuidado pela primeira vez ou, em alternativa, pessoas que no episódio de internamento, na perceção do próprio ou do MFPC, consideraram que houve um agravamento evidente da dependência prévia no autocuidado;
- Pessoas com idade superior a 18 anos;
- Pessoas que aceitassem participar livre e voluntariamente no estudo, depois de devidamente informadas sobre a sua finalidade.

Importa aqui referir que a avaliação inicial preenchida pelos enfermeiros que exercem funções neste serviço engloba um item referente ao nível de autocuidado antes do internamento e aquando da admissão no serviço, o que nos deu a possibilidade de saber quais foram os clientes que experimentaram a instalação de um quadro de dependência no autocuidado pela primeira vez ou, em alternativa, pessoas que no episódio de

internamento, na percepção do próprio ou do MFPC, consideraram que houve um agravamento evidente da dependência prévia no autocuidado. Assim, dos 480 clientes internados durante o período em causa, foram cerca de 220 os que agravaram a sua condição de dependência, ou ficaram dependentes de novo (população em estudo). Dada a manifesta impossibilidade de colher dados sobre todos os eventuais casos com critérios para o estudo, devido antes de tudo às nossas próprias limitações, estudamos apenas uma amostra ou subconjunto da população. A amostra que nos foi possível estudar (60 casos) foi do tipo não probabilístico, de conveniência, o que permitiu reunir um grupo de casos, sem nenhum plano pré-concebido, e decorrentes da vontade das pessoas em participar e das possibilidades do próprio investigador (Carmo & Ferreira, 2008), tal como já salientámos.

2.5. Procedimento de recolha de dados

A escolha do método de recolha de dados é determinada em função da natureza do problema de investigação, do nível de conhecimento que o investigador possui sobre as variáveis, do desenho de investigação, da possibilidade de obter medidas apropriadas para as definições conceptuais, da fidelidade e validade dos instrumentos de medida e da eventual conceção pelo investigador dos seus próprios instrumentos (Fortin, 2009).

A utilização de um formulário deve-se fundamentalmente ao facto de uma parte significativa dos dados colhidos serem baseados em juízos clínicos. Referimo-nos aos nossos próprios juízos, assumindo, desde logo, todas as eventuais debilidades e limitações que daqui derivam. A possibilidade de podermos colher dados resultantes da nossa opinião clínica foi favorecida pela circunstância de sermos enfermeiras no serviço onde se desenrolou o estudo. Contudo, o desempenho das atividades de investigação não coincidiu com as nossas tarefas profissionais, facto que esteve sempre bem evidente para a instituição e para os participantes no estudo (clientes dependentes e familiares).

A utilização de um formulário também favoreceu a recolha de dados em pessoas com algumas limitações em compreender aquilo que o investigador procurava recolher. A totalidade dos dados foi recolhida por nós, o que permitiu uniformizar as interpretações das observações e do discurso dos clientes e respetivos MFPC. Importa salientar que os

dados relativos ao momento do internamento foram recolhidos, tendencialmente, próximo da alta. No entanto, muitas vezes exigiram mais que um contacto ou momento formal de interação com os clientes, dada a extensão do instrumento, as próprias condições dos clientes e as suas preferências. Em paralelo, em muitos casos, complementámos a recolha de dados com a consulta do processo clínico, com a intenção de validarmos alguns aspetos. Com efeito, de acordo com Fortin (2009), nos estudos descritivos e exploratórios recorre-se, com grande frequência, à utilização da observação, de entrevistas dirigidas ou semidirigidas e consulta de documentos, por forma a dar maior alcance aos dados.

Dado o carácter longitudinal do estudo, os dados foram recolhidos em dois momentos, face a cada caso da amostra. Como vimos, o primeiro momento ocorreu durante o internamento nos serviços de Medicina, e o segundo momento, três meses após, através de uma entrevista telefónica. Para cada um dos dois momentos existiu um formulário (Anexo II). Estes formulários foram desenvolvidos pelos investigadores deste estudo e revistos por um painel de docentes da ESEP, com experiência de pesquisa no domínio do autocuidado. Alguns dos dados recolhidos foram baseados em estratégias derivadas de estudos desenvolvidos sob a orientação de docentes da ESEP, especialmente ocupados com a problemática da dependência no autocuidado e o exercício do papel de MFPC (Duque, 2009; Leão, 2012; Silva, 2011; Nunes da Silva, 2012; Queirós, 2012). O recurso a entrevistas telefónicas, com o intuito de avaliar aspetos relativos às capacidades de desempenho nos vários domínios do autocuidado e à existência de compromissos dos processos corporais, entre outros aspetos, é uma realidade viável, tal como foi demonstrado por Brito (2012).

A recolha de dados, correspondente à primeira parte do formulário, decorreu entre o dia 1 de abril e 30 de junho de 2012, imediatamente após ter sido concedida a autorização do conselho de administração do CHPVVC (Anexo III). É de salientar que para a recolha de dados no primeiro momento (ainda no internamento) demorámos, em média cerca de 3 horas e os casos foram avaliados em mais do que um momento, mas sempre o mais próximo do momento da alta. Esta realidade decorreu das especificidades individuais de cada pessoa, da quantidade de dados, da disponibilidade da pessoa e do próprio MFPC. Para além disso, não podemos dizer que o tempo foi demasiado porque os dados colhidos têm muito de observação e de juízo clínico do enfermeiro. O segundo momento de colheita de dados ocorreu três meses após a alta, com uma tolerância de 15 dias. Os dados foram colhidos na íntegra por via telefone, com recurso à entrevista à pessoa com dependência

no autocuidado ou ao MFPC (conforme as disponibilidades) e demorou em média trinta minutos. O telefone utilizado foi institucional.

A nossa opção por um horizonte temporal de três meses, para efeitos de reavaliar cada caso, derivou do facto de este ser um *“timing”* adequado para aquilatar da recuperação dos clientes (Proot et al., 2000; Hoeman, 2000; Umphred, 2010).

2.5.1. O(s) instrumento(s) de recolha de dados

Como foi referido anteriormente, e para dar resposta aos objetivos deste estudo, utilizámos o formulário como instrumento de recolha de dados. Partindo da revisão da literatura, focada no fenómeno do autocuidado, construímos um instrumento, composto por duas partes, com questões centradas na pessoa com dependência no autocuidado e respetivo MFPC, sendo a primeira referente à colheita de dados durante o internamento e a segunda à colheita de dados três meses após a alta.

No que se refere à primeira parte do formulário, o instrumento que nos permitiu avaliar o nível e o tipo de dependência de cada um dos participantes, corresponde na sua essência ao que foi desenvolvido na ESEP por um grupo de peritos, com destaque para o Professor Abel Paiva e para a Professora Maria Alice Brito, e utilizado pela primeira vez, num estudo de investigação por Duque (2009). Foi pedida autorização para a utilização do instrumento ao Presidente da ESEP, que deu parecer favorável (Anexo IV). O “Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado” (IADA) é constituído por onze (sub)escalas referentes a diferentes domínios do autocuidado, cada uma com um conjunto de itens/indicadores específicos relativos a cada um dos domínios do autocuidado (i.e.: *tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; arranjar-se; cuidar da higiene pessoal; auto-elevar; usar o sanitário; transferir-se; virar-se; usar a cadeira de rodas e andar*). Cada um dos itens/indicadores específicos está operacionalizado numa escala ordinal de 4 pontos, sendo o *score* 1 “dependente, não participa”, o *score* 2 “necessita de ajuda de pessoa”, o *score* 3 “necessita de ajuda de equipamento” e o *score* 4 “completamente independente”. Os estudos de Duque (2009) em ambiente hospitalar e de Silva (2011) em contexto comunitário evidenciaram a robustez do instrumento; isto é, a facilidade do uso das (sub)escalas, a sua utilidade clínica e a sua elevada fidelidade. Este instrumento foi

absolutamente central no nosso estudo. Por um lado, porque nos permitiu, em primeira instância, avaliar o nível e o tipo de dependência no(s) autocuidado(s) na alta hospitalar; por outro, porque foi o instrumento onde procedemos à definição daquilo que, na nossa opinião clínica, em função do nosso conhecimento do cliente, seria o seu potencial de reconstrução da autonomia no(s) autocuidado(s), num horizonte de três meses; por último, foi o instrumento que voltámos a mobilizar para avaliar o nível e o tipo de dependência, volvidos três meses depois da alta. Por esta via, foi-nos possível colher dados sobre a evolução da dependência no autocuidado de cada cliente, bem como proceder a uma leitura comparativa do nosso prognóstico acerca do potencial de recuperação do cliente com a realidade, ao fim de um trimestre.

Relativamente aos compromissos dos processos corporais, considerámos importante incluir no nosso formulário, aqueles que a literatura consultada aponta como mais relevantes e influenciadores da condição da pessoa e, conseqüentemente, da reconstrução da sua autonomia. Assim, optámos por incluir no instrumento aspetos inscritos no âmbito da comunicação, cognição (orientação e memória), consciência, desidratação, úlcera de pressão, amplitude do movimento articular, maceração, tónus muscular, força muscular e equilíbrio corporal, muito em linha com a abordagem de Nunes da Silva (2012), tomando por referência conceptual a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® – (ICN, 2011). Conforme a evidência disponível e os propósitos da nossa investigação, estas variáveis foram mensuradas em escalas nominais ou em escalas do tipo ordinal.

Após a revisão da literatura com enfoque no fenómeno do autocuidado, com contributo do estudo de Brito (2012), dos conteúdos da teoria das transições de Meleis e da teoria do autocuidado de Orem, elencámos um conjunto de fatores focados na pessoa com dependência e no MFPC, que poderiam, à partida, influenciar o potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado. Para além da revisão da literatura, os aspetos incluídos no instrumento brotaram de momentos de discussão no seio do grupo de investigação (professores orientadores e duas colegas que partilham o mesmo tema de mestrado).

Assim, apoiados na teoria das transições de Meleis e nos resultados de Brito (2012), considerámos que a consciencialização das limitações para o desempenho das atividades de autocuidado é um aspeto da condição do dependente extremamente importante na reconstrução da sua autonomia. À semelhança deste, para os aspetos referentes ao envolvimento, à tomada de decisão, à autoestima, às expectativas, à autoeficácia, à

preocupação, à socialização, às crenças de saúde e aos recursos da comunidade foram construídos instrumentos de caracterização, tendo por base a revisão da literatura, nomeadamente a Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC – (Moorhead, Johnson & Maas, 2008). A utilização da NOC visou aumentar a robustez dos conteúdos dos instrumentos e, por essa via, aumentar a sua validade de conteúdo (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Hill & Hill, 2002; Fortin, 2009).

Assim, cada um dos fatores referidos anteriormente foi concretizado num conjunto de itens/indicadores que passou a constituir uma “escala” de caracterização. As “escalas” foram revistas e analisadas por um painel de docentes da ESEP com experiência de pesquisa no âmbito do autocuidado. Poderíamos ter considerado estas variáveis como dicotómicas, no entanto, pareceu-nos mais pertinente que cada um dos itens/indicadores fosse operacionalizado numa escala ordinal de 4 pontos, em que 1 representa o “pior” e 4 representa o “melhor” para a pessoa com dependência. Se é certo que, apoiando-nos na NOC, poderíamos com alguma segurança falar em escalas ordinais centradas em itens específicos relativos à capacidade de “tomada de decisão” do cliente, da sua “autoestima” ou das suas “crenças em saúde”; seria mais discutível adotar uma escala do mesmo tipo para aspetos como a “consciencialização” ou o “envolvimento”. Contudo, corremos o risco, uma vez que, como nos foi dizendo de forma muito clara Brito (2012), a pessoa não passa de não consciencializada a consciencializada de um momento para o outro, precisa de tempo de vivência com a nova condição de saúde, sendo algo que se vai adquirindo, podendo afirmar-se que *“a pessoa conforme vai vivenciando a sua nova condição vai consciencializando-se”* (p. 148).

Da revisão da literatura sobre a problemática entendemos adequado considerar a “atitude” ou “perfil de autocuidado” como um aspeto com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia. Para isso baseámo-nos nos trabalhos de Backman e Hentinen (1999; 2001) e nos estudos que lhes sucederam com a intenção de desenvolver um instrumento de caracterização do “perfil de autocuidado” - *Self-Care of Home Dwelling Elderly* (SCHDE) desenvolvido por Rasesen, Backman e Kyngas (2007) e utilizado, posteriormente, por Zelzenick (2007) e Sequeira (2011). Assim, os dados referentes ao perfil de autocuidado foram colhidos através de um instrumento constituído por 27 itens derivados da versão original daquele instrumento, do qual os nossos orientadores têm autorização para utilização. Os 27 itens que utilizámos foram extraídos da versão que resultou de um processo de tradução da versão em inglês para português, realizada por um

grupo de docentes da ESEP, a qual foi utilizada num primeiro estudo por Sequeira (2011). Os resultados do estudo de Sequeira, em termos de fidelidade, revelaram valores de consistência interna, semelhantes aos encontrados nos estudos originais, já considerados como “razoáveis”. Cada um dos 27 itens utilizados para caracterizar o perfil de autocuidado está operacionalizado numa escala ordinal tipo *likert* (de 5 pontos) entre diferenciais semânticos (Discordo totalmente – Concordo totalmente).

A segunda parte do formulário remete para a avaliação realizada ao fim de três meses, após a alta hospitalar. Recorremos à avaliação do nível e tipo de dependência nos vários domínios do autocuidado, com base nos mesmos itens utilizados durante o internamento. Nesta fase também recolhemos dados sobre a existência de compromissos nos processos corporais, em função das respostas dos participantes. Para além disso, recolhemos dados sobre os MFPC, com especial incidência na sua perceção de autoeficácia para lidar com a dependência do familiar. A segunda parte do instrumento visava, ainda, a recolha de dados relativos ao percurso assistencial da pessoa com dependência durante os três meses que mediaram a alta e o segundo momento de recolha de dados.

Depois de construído, o formulário foi objeto de um pré-teste numa amostra de cinco pessoas com dependência internadas no serviço de Medicina do CHPVVC que reuniam os critérios de inclusão, de forma a poderem ser detetadas necessidades de reformulação da sua estrutura ou conteúdo. Deste processo não resultaram mudanças significativas na estrutura e conteúdo do instrumento.

2.5.1.1. Validade e Fidelidade do(s) instrumento(s) de recolha de dados

Para avaliar se os resultados de um estudo são fidedignos, é essencial avaliar algumas das propriedades dos instrumentos de medida utilizados, nomeadamente a validade e fidelidade (Hill & Hill, 2002); isto porque a validade e a fidelidade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida (Fortin, 2009).

A validade refere-se ao grau em que o instrumento mede com rigor aquilo a que se propõe medir (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009). De acordo com o que está disponível na literatura (Hill & Hill, 2002; Fortin, 2009), podemos falar em três dimensões da validade: a validade de conteúdo, a validade de constructo e a validade de critério.

A validade de conteúdo refere-se à representatividade dos enunciados contidos no instrumento em relação ao domínio que o mesmo pretende medir, a qual se relaciona com a definição teórica do conceito. Admite-se que a melhor forma de a garantir passa por construir ou ter disponível um painel de itens/indicadores que forneçam uma estrutura sólida e extensa, que envolva os aspetos em avaliação (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

Neste estudo, para avaliar o nível de dependência no autocuidado, utilizámos o instrumento desenvolvido na ESEP, composto por itens/indicadores baseados na NOC, (Moorhead, Johnson & Maas, 2008), e por conceitos amplamente explanados e estudados na área da enfermagem. Estes conceitos apresentam-se representados de forma estável e sólida nas diferentes classificações em utilização pela disciplina, o que reforça a validade de conteúdo do IADA. Fortin (2009) atesta que a validade de um instrumento pode de forma similar ser fortificada por um processo de revisão/concordância de peritos. Com efeito, podemos certificar que o grupo de investigação da ESEP, atendendo ao trabalho metodológico que desenvolve e à quantidade de investigações realizadas na área da saúde, pode ser encarado como um painel de peritos no domínio do autocuidado.

Os itens que constituem as escalas de caracterização das dimensões referentes a alguns dos condicionalismos inerentes ao processo de reconstrução da autonomia da pessoa com dependência e os itens referentes ao MFPC foram, como referimos, extraídos da NOC (Moorhead, Johnson & Maas, 2008). Importa salientar que esta classificação corresponde àquela com maior consenso e reconhecimento entre a comunidade científica de enfermagem, pois os processos que estão na sua origem baseiam-se em metodologias de investigação muito rigorosas.

Os 27 itens relativos ao instrumento de avaliação do perfil de autocuidado, também apresentam uma base teórica muito sólida, o que reforça a sua validade de conteúdo. A construção original do instrumento foi suportada por estudos que visaram a sua validade de conteúdo (Backman & Hentinen, 1999; 2001). Para além disto, começam a estar disponíveis cada vez mais estudos desenvolvidos em Portugal, quer de cariz quantitativo (Sequeira, 2011) quer de cariz qualitativo (Bastos, 2011), que aprovam em favor da qualidade do conteúdo teórico que esteve na base do instrumento de caracterização do perfil de autocuidado.

A validade de constructo está relacionada com a estrutura teórica de medição do fenómeno em estudo, a qual permite a existência de uma medida para a sua operacionalização. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) este é um dos trabalhos mais

difíceis para o investigador, visto que implica a existência de uma estrutura sólida que defina o próprio constructo.

Os conceitos centrais do instrumento de avaliação do nível de dependência, desenvolvido na ESEP, são provenientes da literatura de enfermagem, são estáveis e demonstram um vasto leque de produção científica, o que facilita a sua aplicação e interpretação. O estudo inicial de Duque (2009) assim como os estudos de Martins (2010), Silva (2011) e Rodrigues (2011) permitiram descrever as variações na intensidade do fenómeno da dependência no autocuidado, quer em contexto de internamento hospitalar, quer em contexto domiciliário, de uma forma consistente com aquilo que era expectável.

Quanto ao perfil de autocuidado, os resultados existentes dos estudos desenvolvidos com o instrumento de caracterização do perfil de autocuidado, ainda são escassos e merecem alguma cautela na sua leitura (Zelzenick, 2007, Sequeira 2011, Rodrigues, 2011). Com efeito, a consistência dos resultados obtidos por via da análise fatorial exploratória, em consonância com o critério teórico, sustentam a validade de constructo desta escala, apesar e se verificarem algumas limitações, em termos de fidelidade.

Assumindo, essencialmente, a validade de conteúdo do(s) instrumento(s) de recolha de dados, urge evoluir na discussão acerca da precisão ou fidelidade das suas medidas.

A fidelidade é uma das propriedades essenciais dos instrumentos de medida utilizados em estudos com o perfil daquele que desenvolvemos. Esta propriedade designa a precisão dos resultados obtidos com o instrumento de medida, pelo que, um instrumento tem fidelidade se fornece resultados idênticos em situações semelhantes (Fortin, 2009), o que demonstra a sua consistência interna.

O formulário que utilizámos, nomeadamente para efeitos de caracterizar aspetos como a “consciencialização”, o “envolvimento”, a “capacidade de tomada de decisão” do cliente, entre outros, incorporava muitos itens. Todos eles, de acordo com os critérios teóricos que lhe estiveram na origem, poderiam ser agregados em conceitos mais abrangentes, o que seria uma opção possível, mas não a que traçámos. Queremos com isto significar que, por exemplo, a propósito da capacidade de “tomada de decisão” dos clientes foram utilizados oito (8) itens específicos de informação, derivados da NOC. Num exercício de simplificação da análise, aqueles oito itens poderiam ser agregados numa única (nova) variável, conceptualmente mais abrangente. Contudo, através de um procedimento de

análise fatorial exploratória dos referidos oito itens foi-nos possível identificar dois constructos (fatores); os quais viemos a adotar, como veremos adiante. Estes procedimentos de análise fatorial exploratória tiveram por intenção ajudar-nos a tomar decisões sobre a melhor forma de agregar os múltiplos itens originais numa estrutura mais simples e agregada, nomeadamente para efeitos da análise dos dados.

A análise fatorial exploratória pode ser usada com a intenção de agregar um grande número de variáveis (originais) em constructos mais abrangentes e que, simultaneamente, tenham maior potencial explicativo (Polit, Beck & Hungler, 2004; Pestana & Gageiro, 2008). De modo a verificarmos a adequação da realização da análise fatorial exploratória para agregação das variáveis em estudo, recorremos ao teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O teste KMO é um procedimento estatístico associado à análise fatorial que indica a proporção da variância dos dados, o qual permite aferir a qualidade das correlações entre as variáveis. *“O KMO perto de 1 indica coeficientes de relação parciais pequenos, enquanto que valores próximos de zero indica que a análise fatorial pode não ser uma boa ideia, porque existe uma correlação fraca entre as variáveis”* (Pestana & Gageiro, 2008, p. 493). Verificando a existência de condições para proceder à análise fatorial, através do KMO, recorremos, então, à análise dos componentes principais, com valores próprios (*Eigenvalues*) > 1, com recurso ao método de rotação de *Varimax*, com normalização de *Kaiser* (Pestana & Gageiro, 2008).

Os procedimentos de análise fatorial que fizemos tiveram um objetivo exploratório. Quer isto dizer que, na posse dos resultados da referida análise, fizemos uma leitura em que colocámos em diálogo aquilo que, teoricamente esteve na base dos itens incluídos no formulário para caracterizar os diferentes conceitos, com os resultados da análise fatorial. Deste diálogo resultaram as nossas decisões de agregação dos itens originais em constructos mais abrangentes, como se pode verificar no Anexo V.

Para os itens de caracterização da “consciencialização das limitações para o autocuidado”, constituído por dez itens (após eliminar o item “reconhece as limitações para o autocuidado usar a cadeira de rodas”, dado o baixo número de casos), verificámos que todos os itens têm elevada correlação com o referido componente. Com o procedimento de análise fatorial exploratória foi extraído um único fator que explica 88,38% da variância. Assim, passamos a contar com uma variável agregada que se reporta à “consciencialização” do cliente relativamente às suas limitações no autocuidado, que corresponde à média

ignorando os nulos dos itens originais. Esta opção de computação das novas variáveis agregadas foi recorrente.

Relativamente aos nove (9) itens de caracterização do “envolvimento” foi extraído um único fator que explica 78,29% da variância. O valor de KMO obtido foi de 0,88. Assim, computámos uma nova variável agregada relativa ao “envolvimento” do cliente com um quadro de dependência no autocuidado no seu processo de recuperação.

Os oito (8) itens relativos à “tomada de decisão” do cliente foram agregados (KMO de 0,86) e foram extraídos dois fatores que explicam, respetivamente, 73,92% e 15,59% da variância. O primeiro fator que retivemos, conforme o resultado do procedimento matemático, foi designado de “*tomada de decisão autónoma*” e o segundo como “*tomada de decisão apoiada*”. Todavia, aqui, procedemos a um ajuste da distribuição do item - “expressa vontade em assumir responsabilidade face ao plano terapêutico”, o qual, por critério matemático, faria parte do segundo fator, mas por critério teórico foi agregado no primeiro fator. Deste processo resultaram duas variáveis agregadas, com as quais passamos a trabalhar, em termos de análise.

O procedimento estatístico utilizado para analisar a forma como poderiam ser agregados os sete (7) itens relativos à “autoeficácia” da pessoa com dependência, para levar por diante as atividades do plano terapêutico, revelou um valor de KMO de 0,92, o que nos permitiu evoluir na análise fatorial exploratória. Do processo matemático foi extraído apenas um fator que explica 80,63% da variância. Assim, em linha com as opções anteriores, foi computada uma única variável agregada.

Relativamente aos itens que caracterizam a “preocupação” do cliente face ao futuro, da análise fatorial foi extraído um único fator (KMO=0,69) que explicava 79,1% da variância. No entanto, por critério teórico foram definidas duas dimensões/variáveis agregadas: “*a preocupação com a evolução da saúde*” (primeiro item) e “*a preocupação com o apoio*” (restantes itens).

No que se refere ao conjunto dos seis (6) itens relativos aos “recursos da comunidade”, do processo de análise fatorial (KMO=0,80) resultaram quatro fatores: “*acessibilidade aos serviços de apoio*”, “*conhecimento sobre serviços de apoio*”, “*conhecimento sobre produtos de apoio*” e “*capacidade para usar produtos de apoio*”, que explicam respetivamente; 77,83%; 11,6%; 6,91% e 2,3% da variância. Esta solução matemática foi adotada por nós, para efeitos de agregação dos itens originais.

O resultado de KMO obtido na análise ao conjunto dos 27 itens relativos à caracterização do perfil de autocuidado foi de 0,67, o que demonstrou a existência de uma correlação razoável entre as variáveis originais, permitindo-nos evoluir para a análise fatorial exploratória. Do processo matemático foram extraídos seis fatores. No entanto, considerámos pertinente colocar em diálogo os resultados da análise matemática com os critérios teóricos e decidimos proceder a algumas alterações. As dimensões ou variáveis agregadas foram designadas por: dimensão 1) *“condição de saúde”*; dimensão 2) *“atitude de resignação face ao envelhecimento”*; dimensão 3) *“atitude positiva face ao plano terapêutico”*; dimensão 4) *“atitude independente face ao autocuidado”*; dimensão 5) *“confiança face ao futuro”* e dimensão 6) *“atitude de abandono face ao autocuidado”*.

No que se refere ao MFPC, partimos de um conjunto constituído por 23 itens. Relativamente à primeira parte do instrumento original (itens 1 a 12), procedemos à averiguação matemática (KMO=0,89), por via da análise fatorial exploratória, da qual resultou a agregação dos 12 itens em dois fatores. Contudo, a confrontação destes resultados com as bases teóricas, levou-nos a tomar novas decisões, o que culminou com a agregação destes itens em três dimensões ou variáveis agregadas: *“consciencialização do MFPC”*, *“conhecimentos e capacidades do MFPC”* e *“envolvimento do MFPC”*. Para a segunda parte do instrumento (itens 13 a 23), procedemos à averiguação matemática (KMO=0,87) e por via da análise fatorial exploratória, foi extraído apenas um fator, que explica 76,36% da variância e diz respeito à *“perceção de autoeficácia do MFPC”*.

Importa salientar que, face a aspetos que foram caracterizados no formulário original com um número de itens inferior ou igual a três, não se efetuaram os procedimentos de análise fatorial exploratória. Assim, os *scores* (agregados) das variáveis *“autoestima”*, *“expectativas”*, *“socialização”* e *“crenças de saúde”*, foram computados a partir da média dos itens que os constituem (ignorando os nulos), em linha com as nossas opções anteriores (Anexo VI).

Uma vez tomada a decisão de agregação dos itens originais em *“variáveis”* mais abrangentes, consideramos pertinente discutir a fidelidade das *“medidas”* que resultam de tais agregações. Para isso procedemos à avaliação da sua consistência interna. A consistência interna reporta para a *“concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida”* (Fortin, 2009, p. 350). Assim, quanto mais os enunciados individuais estiverem relacionados, maior é a consistência interna do instrumento de medida. De acordo com a mesma autora, uma das principais técnicas para

avaliar a consistência interna de um instrumento de medida é o cálculo do *coeficiente alfa de Cronbach*.

O *coeficiente alfa de Cronbach* é uma estimativa matemática do grau em que o instrumento está “livre do erro de medida”, baseando-se na consistência interna dos constructos, sendo a técnica mais utilizada para instrumentos como o formulário (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2009). O valor de *alfa de Cronbach* pode variar entre zero (0) e um (1), sendo que, quanto mais perto de um (1), maior será a consistência interna do instrumento (Fortin, 2009). Uma vez que o formulário indexado a este estudo é multidimensional, avaliou-se a consistência interna das suas principais dimensões, tendo em consideração o resultado da agregação que descrevemos nos parágrafos anteriores, analisando “medida a medida” de forma totalmente independente.

Dado o carácter absolutamente central do nível e tipo de dependência no autocuidado neste estudo, antes de mais, interessou-nos verificar a consistência interna das (sub)escalas de avaliação da dependência em cada um dos domínios do autocuidado; conscientes da precisão destas medidas, fruto dos múltiplos estudos já disponíveis, como por exemplo o de Duque (2009) e Silva (2011). Com efeito, também os nossos resultados da estatística *alfa de Cronbach* foram muito bons, para cada uma das escalas (Anexo VII).

Para os instrumentos de avaliação do *auto-elevar* e *virar-se*, domínios do autocuidado que se concretizam num item/indicador, não foi computado o *alfa de Cronbach*. A avaliação da dependência no *transferir-se* concretiza-se através de dois itens – transfere-se da cama para a cadeira e transfere-se da cadeira para a cama – o que justifica a redundância entre os dois itens, facto que concorre para um valor de *alfa de Cronbach* de 1, porque em rigor, os dois itens indicam e avaliam a mesma coisa.

Na mesma linha, interessou-nos avaliar a precisão das medidas das variáveis que, entretanto, agregámos. Referimo-nos a constructos como a “consciencialização das limitações para o autocuidado”, o “envolvimento”, entre outros (Anexo VII); os quais foram considerados como podendo condicionar a reconstrução da autonomia. É certo que, dada a dimensão da nossa amostra (60 casos) e a natureza do conhecimento consolidado nestas áreas, devemos ler com muita parcimónia os nossos resultados, neste particular. Contudo, tal como expresso no Anexo VII, as medidas que resultaram da agregação que produzimos aparentam ser precisas.

De modo similar, também calculámos o coeficiente de *alfa de Cronbach* das dimensões intrínsecas ao MFPC da pessoa com dependência (Anexo VII) de forma a

verificar a consistência interna das medidas adotadas. Na computação da estatística de *alfa de Cronbach*, para a escala da “*percepção de autoeficácia do MFPC*”, foi removido o item “considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar a cadeira de rodas”, porque devido à sua natureza casuística podia limitar a análise. Os valores de *alfa de Cronbach* encontrados, para as medidas relativas às dimensões que caracterizam o MFPC da pessoa com dependência, são superiores a 0,7, o que indica uma razoável consistência interna dos instrumentos (Pestana & Gageiro, 2008).

2.6. Procedimentos de análise de dados

Reconhecemos que aquilo que fomos expondo nas últimas páginas releva para efeitos de análise dos dados. Com efeito, foi nossa intenção recorrer a uma lógica de agregação dos múltiplos itens incluídos no formulário, de forma a organizar e tornar mais inteligível a análise e discussão dos resultados.

Ao longo do relatório, especialmente no capítulo correspondente à apresentação dos resultados, fazemos alusão aos diferentes procedimentos de análise de dados. Para efeitos da caracterização da amostra recorremos a procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial, adequados à natureza das variáveis. Para a análise descritiva utilizámos medidas de tendência central (média, mediana e moda) e dispersão (desvio padrão). Para efeitos de inferência estatística, recorremos a testes não paramétricos, selecionados em função das variáveis e objetivos em questão, dado o carácter não probabilístico da amostra.

Para facilitar todo o tratamento estatístico dos dados utilizámos o programa informático SPSS versão 20. O nível de significância adotado foi, de acordo com o convencionado, de 5%.

2.7. Considerações éticas

Esta investigação insere-se no domínio da saúde e envolve seres humanos, pelo que, *“as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação”* (Fortin, 2009, p. 180) e cabe ao investigador garanti-las e respeitá-las.

A implementação deste estudo só foi possível após pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHPVVC, que depois de reunir com o Conselho de Ética, emitiu parecer favorável para a sua realização.

No processo metodológico foram salvaguardados os aspetos éticos relativos ao sigilo da informação coletada e ao consentimento informado dos participantes, sendo garantido o anonimato (dos dados) e o respeito integral pelos valores e opções pessoais. Assim, a cada um dos participantes do estudo, foi entregue um documento informativo sobre o estudo, visando a obtenção do consentimento informado (Anexo VIII). Em simultâneo, foi dado a conhecer a todos os sujeitos que a participação no estudo era voluntária, não existindo potenciais riscos ou benefícios (imediatos) daí decorrentes, frisando sempre que a participação seria de livre vontade, podendo abandonar o estudo se e quando entendessem. A cada um dos participantes foi dado tempo (até dois ou três dias) para poder decidir, nomeadamente com a família, sobre a sua participação no estudo. Para além disso, respeitámos sempre as emoções dos participantes, principalmente quando referiram não querer responder a determinado aspeto num dado momento. Após o consentimento expresso aos investigadores, os participantes tomaram conhecimento que o segundo momento de colheita de dados seria efetuado por telefone, podendo assim aceitar ou declinar continuar a participar no estudo.

Considerando todo o processo de investigação, julgamos ter cumprido os pressupostos éticos relativos à investigação e prestados todos os esclarecimentos para que os participantes pudessem tomar uma decisão livre e informada sobre a sua participação no estudo.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os principais resultados do estudo, tendo por referência os objetivos que foram definidos *a priori*.

Atendendo aos propósitos do estudo, e para facilitar a compreensão, os resultados serão apresentados em quatro subcapítulos. Num primeiro momento será caracterizada a amostra, relativamente à pessoa com dependência e ao seu MFPC. Também nos referimos à condição de saúde da pessoa com dependência. Posteriormente, centramo-nos na questão do juízo clínico, formulado no momento da alta, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado. Em seguida, dado o perfil longitudinal do estudo, expomos os resultados referentes à condição da pessoa com dependência, três meses após a alta. Por último, analisamos a evolução da condição da pessoa com dependência, com enfoque na evolução da dependência no autocuidado face ao juízo clínico do enfermeiro acerca do seu potencial de reconstrução da autonomia, formulado no momento da alta hospitalar.

3.1. Caracterização da amostra

A nossa amostra foi constituída por 60 casos. Iniciámos a sua caracterização, em função das variáveis sociodemográficas da pessoa com dependência e, em seguida, apresentámos a caracterização sociodemográfica dos MFPC.

3.1.1. A pessoa com dependência no autocuidado

A amostra era constituída por 29 homens e 31 mulheres, com idades compreendidas entre os 50 e os 89 anos ($M=72,57$ anos; $DP=8,27$), valores em linha com os

estudos que nos servem de referência (Duque, 2009; Rodrigues, 2011). A maioria dos participantes (80%) tinha 4 anos de escolaridade (DP=1,62), que representam valores similares aos encontrados no estudo de Rodrigues (2011).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das pessoas com dependência (variáveis quantitativas)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Idade	72,57	8,27	50	89	73	72
Nível de escolaridade (anos)	4,02	1,62	0	9	4	4

A maioria dos participantes era casada (55%); dos restantes, 38,3% eram viúvos e 6,7% solteiros. Noutros estudos, também verificámos que o grupo mais representativo foi o dos casados ou a viver em união de facto (Duque, 2009; Rodrigues 2011).

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica das pessoas com dependência (variáveis qualitativas)

Variáveis sociodemográficas	N	(%)
Sexo		
Masculino	29	48,3%
Feminino	31	51,7%
Estado civil		
Casado(a) / União de facto	33	55 %
Solteiro(a)	4	6,7%
Viúvo(a)	23	38,3 %
Divorciado(a)	-	-
Situação profissional		
Trabalhador(a) ativo(a)	6	10 %
Reformado(a)	54	90 %
Desempregado(a)	-	-

Relativamente à situação profissional, e como seria expectável, dado o perfil etário da amostra, e em consonância com outros estudos (Rodrigues, 2011) a maioria dos participantes era reformada (90%).

Tomando por referência o tempo de dependência, medido em anos completos, considerámos apenas os 21 casos que afirmaram ser dependentes anteriormente ao internamento e constatámos que este variou entre 0 e 4 anos (M=1,76 anos, DP=1,11).

Tabela 3: Caracterização das pessoas com dependência prévia, em função do tempo de dependência (anos)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Tempo de dependência (anos)	1,76	1,11	0	4	1,58	1

De salientar que 39 casos da amostra ficaram dependentes em resultado do episódio de internamento. Inicialmente, tínhamos a intenção de só incluir no estudo casos de pessoas que experimentassem, de novo, fruto do episódio de internamento, um quadro de dependência. Contudo, fomos percebendo que isso nos obrigaria a prolongar por demasiado tempo a recolha de dados. Assim, decidimos incluir no estudo casos em que, apesar de anteriormente existir alguma limitação no autocuidado, fruto do episódio de internamento, tais limitações agravaram-se e representavam uma mudança significativa na sua condição de saúde. Isto obrigou-nos a proceder, também, a uma avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado, antes do internamento, tal como veremos adiante.

No Anexo IX, damos conta dos principais dados relativos à origem da dependência. A maioria dos dependentes referiu que a percepção de dependência foi sentida “de novo” (65%) e aconteceu de forma súbita (66,7%). Quando inquiridos acerca da situação que originou a dependência, a maior parte (68,3%) referiu uma “doença aguda” como principal causa. É de salientar que, 23,3% referiram como situação que originou a dependência uma “doença crónica” e 6,7% o “envelhecimento”. Note-se que para esta questão, as respostas eram mutuamente exclusivas; portanto, apesar da maioria dos clientes ter ficado dependente devido a situação de doença aguda, reconhecemos que factualmente a pessoa possa ter ficado dependente fruto do envelhecimento associado à presença de doença aguda ou mesmo agudização da doença crónica. Os nossos resultados diferem dos achados nos estudos de Martins (2010) e Silva (2011), onde a maioria dos participantes referiu que a instalação da dependência aconteceu de forma gradual e o envelhecimento foi apontado como a principal causa da dependência, sendo certo que esses estudos decorreram no contexto do domicílio. Ainda no domínio da percepção da situação de dependência, verificámos que, antes do internamento, 30 % dos participantes já utilizava algum tipo de equipamento para auxiliar nas atividades de autocuidado e 35% necessitavam da ajuda de pessoas. Com efeito, na perspetiva das próprias pessoas, a dependência significa depender de outros, razão que explica os resultados apurados.

No que concerne às patologias que motivaram o internamento, de acordo com os grupos contemplados no CID-10, o grupo mais expressivo reportava-se às doenças do sistema circulatório (71,4%), onde se incluem os AVC's (Anexo X).

Caracterizada, em traços gerais, a amostra de pessoas com dependência no autocuidado, evoluímos na caracterização geral dos seus familiares cuidadores.

3.1.2. O membro da família prestador de cuidados

Para cada um dos casos de pessoas com dependência, foi-nos possível identificar e caracterizar o seu MFPC. É certo que na maioria dos casos tratou-se da pessoa que, “em princípio”, iria assumir a responsabilidade por tomar conta do dependente.

Dos 60 MFPC, 53 (88,3%) eram do sexo feminino e 7 (11,7%) do sexo masculino (Tabela 5). A média de idades foi de aproximadamente 52 anos (DP=13,27), tendo o mais novo 29 anos e o mais velho 80 (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica dos MFPC (variáveis quantitativas)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Idade (anos)	51,75	13,27	29	80	49,5	45
Nível de escolaridade (anos)	7,33	4,25	0	19	6	4

Relativamente ao nível de escolaridade, verificámos que 36,7% dos MFPC tinham 4 anos de escolaridade. A grande parte dos MFPC era casado(a) ou vivia em união de facto (73,3%); era ativa profissionalmente (75%) e já coabitava com a pessoa dependente, antes do episódio de internamento (80%). Quanto ao parentesco, 32 (53,3%) MFPC eram filhos(as) e 15 (25%) eram cônjuges da pessoa com dependência.

Tabela 5: Caracterização sociodemográfica dos MFPC (variáveis qualitativas)

Variáveis sociodemográficas do MFPC	N	(%)
Sexo		
Masculino	7	11,7%
Feminino	53	88,3%
Estado civil		
Casado(a) / em união de facto	44	73,3%
Solteiro(a)	15	25%
Viúvo(a)	1	1,7%
Divorciado(a)	-	-
Situação profissional		
Trabalhador(a) ativo(a)	45	75%
Reformado(a)	11	18,3%
Desempregado(a)	4	6,7%
Coabita com a pessoa com dependência		
Não	12	20%
Sim	48	80%
Experiência de tomar conta		
Não	35	58,3%
Sim	25	41,7%

Parentesco com a pessoa com dependência		
Cônjuge	15	25%
Filho (a)	32	53,3%
Nora/genro	7	11,7%
Outro familiar	2	3,3%
Não familiar de sangue	4	6,7%

Estes resultados são similares aos encontrados noutros estudos portugueses (Petronilho, 2007; Imaginário, 2008; Leão, 2012), onde a maioria dos MFPC eram do sexo feminino, casados, filhas ou esposas dos sujeitos e já coabitavam com a pessoa com dependência, antes do episódio de internamento.

Tabela 6: Caracterização dos MFPC em função da experiência anterior de tomar conta

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Tempo de experiência de tomar conta (anos)	4,18	4,48	0,17	20	2,50	1

Quanto à experiência anterior de tomar conta de dependentes (Tabela 6), 24 MFPC afirmaram ter “alguma experiência de tomar conta”. Tomamos por referência estes casos e verificámos que em média estes MFPC tinham 4,18 anos de experiência de tomar conta (DP=4,48). O tempo mínimo de experiência de tomar conta dos MFPC foi 0,17 e o máximo 20 anos.

No que se reporta à distribuição dos MFPC de acordo com a profissão que desempenhavam (Anexo XI), constatámos que, a maioria dos que tinham uma atividade profissional (N=46), eram trabalhadores não qualificados (45,7%).

3.2. No momento da alta

Nesta fase da análise, apresentamos e discutimos os resultados referentes ao momento da alta clínica da pessoa com dependência. Dada a natureza e propósito do estudo, importa destacar a condição da pessoa dependente.

3.2.1. A condição da pessoa com dependência na alta hospitalar

A condição de saúde da pessoa com dependência, à luz da forma como concebemos o estudo, tem como aspecto central a caracterização do nível e tipo de dependência nos vários domínios do autocuidado.

3.2.1.1. Nível e tipo de dependência no(s) autocuidado(s)

A caracterização dos participantes relativamente ao nível e tipo de dependência nos vários domínios dos requisitos universais do autocuidado realizou-se, como já referimos, o mais próximo possível do momento da alta. Para obtermos estes dados, recorreremos à observação direta para o preenchimento do IADA.

Para definirmos o nível e o tipo de dependência de cada um dos casos, face a cada um dos domínios específicos do autocuidado (*tomar banho; alimentar-se; usar o sanitário...*), procedemos à análise do conjunto dos itens/indicadores específicos, que compõem cada um daqueles domínios do autocuidado. Cada um dos domínios do autocuidado estudados concretiza-se através de um conjunto de indicadores, cada um deles avaliado de acordo com a seguinte escala:

- **“Dependente não participa”** (*score 1*) – pessoa totalmente dependente, que não é capaz de realizar a atividade de autocuidado em análise;
- **“Necessita de ajuda de pessoa”** (*score 2*) – pessoa que realiza (inicia e/ou completa) a atividade de autocuidado em análise, com a ajuda de uma pessoa;
- **“Necessita de equipamento”** (*score 3*) – pessoa que é capaz de realizar a atividade de autocuidado em análise, apenas com o auxílio de equipamento adaptativo, sem que haja colaboração de qualquer pessoa;
- **“Completamente independente”** (*score 4*) – pessoa que realiza a atividade de autocuidado em análise, sem qualquer tipo de ajuda.

No Anexo XII são apresentadas as frequências relativas e absolutas por *score* de dependência, referentes a cada indicador específico dos 11 domínios de autocuidado que integram o instrumento.

Para efeitos de exemplificar e aumentar o potencial de compreensão do leitor sobre aquilo que comporta cada uma das escalas que utilizámos, começamos por expôr os resultados específicos relativos ao autocuidado *tomar banho* (Tabela 7).

A escala de avaliação da dependência para *tomar banho* inclui nove (9) indicadores específicos. Em cada indicador específico, cada caso foi classificado em função do seu nível de dependência. Daí, como veremos adiante, é possível evoluir para o nível global de dependência para *tomar banho*. O *score* específico em cada um dos itens/indicadores incluídos na escala elucida-nos acerca do tipo de dependência dos casos. O nível de especificação adotado, de acordo com os propósitos na base do desenvolvimento da escala (Duque, 2009; Brito, 2012) aumenta o poder de descrição de cada caso/cliente, o que se revela como uma mais-valia destes instrumentos, nomeadamente, em termos clínicos, permitindo descrições muito concretas do tipo de dependência dos clientes e uma monitorização da sua evolução, ao longo do processo terapêutico, altamente promenorizada. Ora, foi com esta visão que, como referimos anteriormente, recorremos a estas (sub)escalas para determinar aquilo que, no nosso juízo clínico, seria expectável, num horizonte de três meses, em termos de reconstrução da autonomia de cada um dos casos.

Tabela 7: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função da dependência para *tomar banho*, no momento da alta

Autocuidado: tomar banho	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Entra e sai do chuveiro	42 (70%)	13 (21,7%)	4 (6,7%)	1 (1,7%)
Obtém objetos para o banho	39 (65%)	19 (31,7%)	-	2 (3,3%)
Consegue água	38 (63,3%)	19 (31,7%)	-	3 (5%)
Abre a torneira	39 (65%)	16 (26,7%)	-	5 (8,3%)
Regula a temperatura da água	39 (65%)	17 (28,3%)	-	4 (6,7%)
Regula o fluxo da água	39 (65%)	17 (28,3%)	-	4 (6,7%)
Lava-se no chuveiro	42 (70%)	18 (30%)	-	-
Lava o corpo	42 (70%)	18 (30%)	-	-
Seca o corpo	42 (70%)	17 (28,3%)	1 (1,7%)	-
Nível global de dependência no autocuidado: tomar banho Média – 1,8; DP – 0,7; Mediana – 1,75				

Na posse dos *scores* em cada atividade específica do *tomar banho*, avançamos para o cálculo do “nível global de dependência para o tomar banho”, apresentado na última linha da tabela. Este nível global de dependência corresponde à média (ignorando os nulos), do conjunto de itens relativos ao *tomar banho*.

Analizados os aspetos relativos à especificidade do *tomar banho*, estamos em condições para avançar na caracterização global da amostra quanto à dependência nos

vários domínios de autocuidado e nível global, na alta (Tabela 8). O “nível global de dependência na alta” refere-se à média aritmética (ignorando os nulos) de todos os itens/indicadores que constituem as 11 (sub)escalas que nos serviram de base para avaliar o nível de dependência por domínio de autocuidado. Para cada caso foi calculado o nível global de dependência, traduzido num *score* que varia entre os valores 1 e 4, sendo que quanto mais próximo do valor 1 fosse esse *score*, maior seria o nível global de dependência.

Tabela 8: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do nível de dependência por domínio de autocuidado e global, no momento da alta

Domínio de autocuidado	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Tomar banho	1,8	0,7	1	4	1,75	1
Vestir-se ou despir-se	1,49	0,62	1	3,2	1	1
Alimentar-se	2,39	1,01	1	4	2,25	1
Arranjar-se	1,8	0,7	1	4	1,75	1
Cuidar da higiene pessoal	1,91	0,95	1	4	1,92	1
Auto-elevar	1,75	0,77	1	4	2	2
Usar o sanitário	1,52	0,7	1	4	1	1
Transferir-se	1,57	0,5	1	2	2	2
Virar-se	2,12	0,99	1	4	2	2
Usar a cadeira de rodas	1	0	1	1	1	1
Andar	1,29	0,43	1	2,5	1	1
Autocuidado: global	1,7	0,62	1	3,18	1,49	1

Constatámos que a nossa amostra de pessoas dependentes, no momento da alta, evidenciava níveis de dependência bastante acentuados, quer em cada um dos domínios do autocuidado quer na avaliação global. Tomando por referência a média face ao autocuidado global (M=1,7) verificámos que alguns domínios de autocuidado obtiveram *scores* de dependência superiores ao *score* médio global e outros valores inferiores. Assim, por ordem crescente de *score* médio, destacamos os autocuidados: *auto-elevar* (1,75), *tomar banho* (1,8), *arranjar-se* (1,8), *cuidar da higiene pessoal* (1,91), *virar-se* (2,12) e *alimentar-se* (2,39). Os restantes domínios de autocuidado apresentam *scores* médios de dependência inferiores ao valor médio global: *transferir-se* (1,57), *usar o sanitário* (1,52), *vestir-se ou despir-se* (1,49), *andar* (1,29) e *usar a cadeira de rodas* (1).

De facto, podemos constatar que a maioria dos casos em estudo, tiveram alta, com necessidade de ajuda (de alguém ou de equipamento) e/ou substituição para efetuar as atividades correspondentes a cada domínio de autocuidado. Tal circunstância significa um nível de dependência preocupante, pois face a esta nova condição, os clientes podem ter a

necessidade de ajuda de outras pessoas, quase permanente, para a sua sobrevivência e bem-estar. Estes resultados são, de alguma forma, coincidentes com os que foram encontrados por Duque (2009) que concluiu que a sua amostra incluía clientes com elevados níveis de dependência no autocuidado.

Como vimos, cerca de 21 casos da nossa amostra referiam que, antes do internamento, “já eram dependentes”. Contudo, como a perceção da dependência está muito associada à circunstância da pessoa precisar de ajuda de outro, decidimos questionar os nossos participantes (dependente e/ou MFPC) sobre o nível e tipo de dependência, nos vários domínios do autocuidado, antes do internamento, com recurso integral ao IADA. Conforme fica evidente da consulta do Anexo XIII, percebemos que, antes do internamento, os participantes, tinham em média um *score* global de dependência no autocuidado de 3,77 (DP=0,38).

Munidos destes dados, computámos uma nova variável, referente à intensidade do agravamento da dependência no autocuidado, através do cálculo da diferença entre o “nível global de dependência no momento da alta” e o “nível global de dependência antes do internamento”. Para tal, considerámos uma amplitude de 7 pontos (-3 a 3), porque cada caso só podia piorar até -3 (“completamente dependente”) e melhorar até +3 (“completamente independente”), de modo a determinar a intensidade do agravamento do nível de dependência (Anexo XIV).

Os participantes, em média, tiveram maior agravamento da dependência nos domínios de autocuidado: *tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário*, que se reportam à higiene e asseio pessoal; e nos autocuidados *auto-elevar, transferir-se e andar*, relativos à mobilidade, aspeto central na autonomia funcional da pessoa. Em contrapartida, verificámos um menor índice de agravamento nos autocuidados *alimentar-se, arranjar-se e virar-se*. A diferença verificada entre os dois momentos demonstra que quanto ao autocuidado global, em média, houve um agravamento de -2,06 no *score* de dependência (DP=0,57) aquando do episódio de internamento hospitalar.

Caracterizado o nível e o tipo de dependência dos casos que constituíram a nossa amostra, urge evoluir na sua caracterização, em termos de compromissos dos processos corporais e principais funções cognitivas.

3.2.1.2. Compromisso dos processos corporais

À partida para este estudo, assumimos que a existência de alguns compromissos ao nível dos processos corporais (Cf. ICN, 2011), tais como os sinais de desidratação, as úlceras de pressão, a maceração e os compromissos do equilíbrio corporal, da amplitude do movimento articular, do tónus e da força muscular, podiam ser fatores relevantes na condição de saúde, com influência no juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução da autonomia da pessoa com dependência. Todavia, também considerámos extremamente importante avaliar os participantes a nível do *status* neurológico e ao nível de alguns aspetos dos processos psicológicos, nomeadamente em termos de orientação e memória, a par da comunicação, que exige integridade de muitos dos referidos processos.

Dos 60 dependentes, 15 apresentavam um *score* global na Escala de Comas de Glasgow (ECG) que evidenciava algum compromisso da consciência. O número de dependentes com preservação integral da orientação era de 45 casos.

Quanto à orientação importa referir que procedemos à computação de uma nova variável através do cálculo da média dos quatro (4) itens que avaliava (ignorando os nulos). Passámos a considerar pessoas que estavam completamente orientadas (média igual a 1) e pessoas com algum compromisso da orientação (média inferior a 1). Analisados os resultados, verificámos que 75% da amostra estava completamente orientada.

Tabela 9: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do *status* neurológico (consciência)

<i>Status</i> neurológico – consciência	N	(%)
Consciência		
Com compromisso da consciência	15	25%
Sem compromisso da consciência	45	75%

Do total da amostra, 36 casos não evidenciavam qualquer compromisso da comunicação, enquanto 24 dependentes tinham “algum” grau de limitação da comunicação expressiva. Destes, quando retiramos da análise os 15 casos com alteração da consciência, ficamos com nove (9) dependentes que, não tendo compromissos da consciência, demonstravam algum compromisso da comunicação expressiva (Tabela 10). Isto não significa que eram pessoas, necessariamente, com incapacidade para comunicar, o que nos permitiu recolher dados sobre a sua experiência de transição.

Tabela 10: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função dos compromissos na comunicação e memória (N=45)

Compromissos na comunicação e memória	N	(%)
Comunicação		
Com compromisso da comunicação	9*	20%
Sem compromisso da comunicação	36	80%
Preservação da memória a (curto prazo e longo prazo)		
Não	4*	8,9%
Sim	41	91,1%

(*)Excluídos 15 casos com compromisso da consciência

No que se refere aos processos corporais avaliados, devemos salientar que, aquando da aplicação do formulário, alguns dos dados foram obtidos por meio de variáveis nominais e outros através de variáveis quantitativas. Todavia, para melhor operacionalizar os dados, no decurso da análise, sentiu-se ainda a necessidade de proceder a alguns processos de simplificação dos dados, com o intuito de facilitar a apresentação dos resultados (aspeto que elucidamos à medida que apresentamos os resultados).

A síntese da caracterização dos dependentes, em função da existência de compromissos nos processos corporais estudados está plasmada na Tabela 11.

Tabela 11: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos compromissos dos processos corporais

Compromissos dos processos corporais	N	(%)
Número total de úlceras de Pressão		
0 úlceras de pressão	44	73,3%
1 úlceras de pressão	7	11,7%
2 úlceras de pressão	8	13,3%
3 úlceras de pressão	1	1,7%
Sinais de desidratação		
Sem sinais de desidratação	17	28,3%
Com sinais de desidratação	43	71,7%
Maceração		
Não	53	88,3%
Sim	7	11,7%
Compromisso articular		
Sem compromisso articular	25	41,7%
Com algum compromisso articular	35	58,3%
Diminuição da força muscular		
Não	4	6,7%
Sim	56	93,3%
Alteração do tónus muscular		
Não	18	30%
Sim	42	70%

Equilíbrio corporal		
Sentado com apoio	8	13,3%
Sentado sem apoio	12	20%
Equilíbrio de pé (estático) com apoio	19	31,7%
Equilíbrio de pé (estático) sem apoio	2	3,3%
Equilíbrio a andar com apoio	19	31,7%
Equilíbrio a andar sem apoio	-	-

Dos 60 dependentes, 44 (73,3%) não tinham, no momento da alta, qualquer evidência de úlcera de pressão. A maioria das úlceras de pressão documentadas, de acordo com as nossas notas, era prévia ao internamento.

Apesar de 71,7% dos dependentes ter, pelo menos, um sinal de desidratação, constatámos que o sinal mais frequentemente observado foi a pele seca, o que, apesar de relevante, em termos clínicos, também poder resultar do facto de a maioria dos dependentes serem idosos.

Apenas 7 dependentes evidenciaram ter maceração.

Os casos que apresentaram pelo menos compromisso de uma articulação, a nível dos membros inferiores ou superiores, foram 35 (58,3%). É de salientar que de acordo com as nossas notas, a maioria destes compromissos articulares, era prévia ao episódio de internamento.

A larga maioria dos dependentes (93%) evidenciou algum grau de diminuição da força muscular, num dos segmentos corporais, o que pode dever-se ao grande significado que os AVC's têm nesta amostra de casos. No que se refere ao tónus muscular, constatámos que 70% dos casos apresentam alteração do tónus muscular; 41 casos com diminuição do tónus muscular e um caso com hipertonia.

O equilíbrio corporal foi avaliado numa escala de *likert* que variou entre 1 e 6. Conforme se depreende da consulta da tabela, todos os casos estudados experimentaram algum tipo de compromisso do equilíbrio corporal.

Em linha com aquilo que descrevemos relativamente à dependência no autocuidado; em traços gerais, podemos dizer que os participantes deste estudo, aquando do internamento hospitalar apresentavam condições de saúde marcadas por algum compromisso das suas capacidades de funcionamento mínimo para suprimir os requisitos de autocuidado. Contudo, também é certo que se verificaram alguns casos com pouco compromisso a nível dos processos corporais, mas com quadros de dependência no autocuidado instalados.

Depois de procedermos à caracterização da amostra de pessoas com dependência, em termos de tipo e nível de dependência no autocuidado, bem como em termos de compromissos nos processos corporais, importa considerar outras dimensões associadas à experiência de transição, na perspectiva daquelas pessoas. De ressaltar que os condicionalismos que se seguem, só foram avaliadas aos 45 inquiridos, que apresentavam condições de interação connosco. Os procedimentos adotados para computar as variáveis agregadas já foram atrás descritos.

3.2.1.3. Consciencialização e envolvimento

A consciencialização e o envolvimento são duas propriedades das transições que, de acordo com Meleis e colaboradoras (2000), assim como Brito (2012), são cruciais na experiência de transição, neste particular das pessoas que experimentam um quadro de instalação (ou agravamento) da dependência, tendo em vista a maximização do seu potencial de autonomia.

Dado o carácter central da consciencialização nas experiências de transição (Meleis et al., 2000), considerámos pertinente caracterizar a “consciencialização das limitações para o autocuidado” de cada um dos casos estudados, essencialmente acerca das suas limitações para a capacidade de desempenho das atividades de autocuidado, bem como o seu “envolvimento” no processo de reconstrução da autonomia, que é muito mediado pela consciencialização e pela noção que cada cliente tem das suas possibilidades de recuperação (Tabela 12).

Tabela 12: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos *scores* (agregados) relativos à consciencialização das limitações para o autocuidado e ao envolvimento

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Score de Consciencialização das limitações para o autocuidado	3,18	1,03	1	4	3,80	4
Score de Envolvimento	2,49	0,99	1	4	2,33	1

Meleis e colaboradoras (2000) referem que as transições só têm início após os indivíduos tomarem consciência do que realmente mudou ou vai mudar na sua vida, sendo esta uma propriedade inerente e intrínseca a todas as transições. A consciencialização é um fator chave na estrutura teórica que adotamos, pois só mediante a consciencialização

ajustada sobre a condição de saúde, é que as pessoas podem estabelecer objetivos reais que vão de encontro às suas necessidades. O valor médio encontrado (3,18), acerca da *“consciencialização das limitações para o autocuidado”*, aponta para o reconhecimento realista de tais limitações. Olhando para os valores desagregados relativos à consciencialização das limitações, verificámos os *scores* percentuais mais elevados no âmbito do autocuidado *andar* (68,9% com *score* 4 – Anexo XV), o que pode ser explicado pelo significado que o *andar* assume na definição de dependência/autonomia que os clientes tinham, de acordo com as nossas notas.

No contexto do nosso objeto de estudo, o envolvimento diz respeito à disponibilidade e receptividade da pessoa para trabalhar no sentido de readquirir a autonomia, podendo ser um indicador de processo da transição (Meleis et al., 2000). Com efeito, *“o envolvimento tem grande influência na vivência das transições e é perceptível quando os participantes demonstram preocupação com o seu estado e procuram informações para melhorar o status pessoal e familiar”* (Almeida; 2009, p. 60). Neste estudo, constatámos que os clientes tinham em média um *score* de “envolvimento” de 2,49 (DP=0,99), o que mostra níveis de implicação no processo, nomeadamente orientado para a recuperação, bastante apreciáveis. Podemos ainda referir que o maior grau de envolvimento se verificou a nível da tomada de decisão, da vontade em participar nas atividades de autocuidado e no cumprimento do plano terapêutico (Anexo XV), visto que cerca de 40% dos participantes foram avaliados no *score* 4 em cada um destes indicadores.

Constatámos, em linha com o referencial teórico proposto por Meleis e colaboradoras (2000), bem como, com base no estudo de Brito (2012) e alguns dos que para ele concorreram (Pereira, 2008; Almeida, 2009), que a *“consciencialização das limitações para o autocuidado”* e o *“envolvimento”* estão positivamente correlacionadas (*rho* de Spearman=0,447; *p*=0,002 – Anexo XV). Quer isto dizer que, quanto maior é a consciencialização (adequada) das limitações no autocuidado, maior tende a ser o envolvimento da pessoa no seu processo de recuperação.

3.2.1.4. Atitudes e crenças

Relativamente aos condicionalismos envolvidos no processo de transição, considerámos que a “perceção de autoeficácia”, a “preocupação”, as “expetativas” e os aspetos que derivam do “perfil de autocuidado” são, essencialmente, fatores do domínio das atitudes (Cf. ICN, 2011) da pessoa face ao seu autocuidado.

Na perspetiva de Söderhamn (2000, p.184) as pessoas *“conseguem desempenhar com eficácia o autocuidado quando compreendem os fatores que têm de ser controlados ou geridos de forma a regular o seu funcionamento e desenvolvimento”*. Verificámos que os participantes tinham, em média, um *score* de “perceção de autoeficácia” de 2,18 (DP= 0,89) (Tabela 13). Como estes dados foram colhidos no internamento (i.e.: numa fase muito inicial do processo de transição), e porque a autoeficácia se vai construindo ao longo do processo, os clientes poderiam ainda não ter uma elevada perceção de autoeficácia, pois esta pode estar associada a um aumento da confiança, à medida que se vai evoluindo na reconstrução da autonomia (Almeida, 2009). Aqui, importa destacar que no item *“expressa acreditar na sua capacidade de desempenhar ações”* apenas 4% dos clientes tinham o *score* mais elevado, o que revela alguma descrença na capacidade de desempenharem de forma autónoma as atividades de autocuidado (Anexo XVI).

Tabela 13: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função dos *scores* (agregados) relativos às atitudes

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Score de Perceção de autoeficácia	2,18	0,89	1	3,71	2,14	1
Score de Preocupação com a evolução de saúde	1,67	0,71	1	4	2	2
Score de Preocupação com o apoio	1,49	0,66	1	4	1,33	1
Score de Expetativas	1,96	1,05	1	4	1,33	1

No que concerne à preocupação, constatámos que os dependentes, tinham níveis de preocupação com a evolução da sua condição de saúde (M=1,67; DP=0,71) e com o apoio necessário para o desempenho do seu autocuidado (M=1,49; DP=0,66) que merecem nota, por serem “baixos”. Verificámos que, os clientes com *scores* mais elevados ao nível das preocupações tendiam a ser os menos consciencializados e envolvidos (Anexo XVI).

Na nossa amostra, o valor médio das “expetativas” dos dependentes era de 1,96 (DP=1,05). Esta dimensão é muito importante porque, *“para compreendermos o processo*

de transição é necessário primeiro compreender as expectativas dos indivíduos que a atravessam” (Almeida, 2009, p. 19).

Os resultados que apurámos mostram-nos que, os casos com *scores* mais elevados no âmbito das “expectativas” (adequadas) face à sua recuperação eram, também, os clientes com *scores* mais elevados no “envolvimento” (ρ de Spearman=0,843; $p<0,001$), bem como nas “crenças de saúde” (ρ de Spearman=0,658; $p<0,001$ – Anexo XVI). De acordo com os resultados do estudo de Almeida (2009), quem tem metas pessoais a atingir relacionadas com a concretização de determinadas atividades de autocuidado centradas em si, mais facilmente se envolve no processo de reconstrução da autonomia, desenvolvendo comportamentos direcionados para a resolução de problemas.

Neste domínio também caracterizamos de que forma as pessoas com dependência reconheciam a importância das suas crenças de saúde para a reconstrução da autonomia (Tabela 14).

Tabela 14: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função do *score* (agregado) relativo às crenças de saúde

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Score de Crenças de saúde	3,13	1,04	1	4	3,50	4

Em média, os participantes foram avaliados num *score* de “crenças de saúde” de 3,13 (DP=1,04), o que revela que estes clientes acreditavam que os comportamentos de saúde adotados podiam ser uma mais-valia na reconstrução da autonomia. Acresce que, cerca de 50% das pessoas com dependência foram avaliados no *score* 4 em todos os itens referentes às crenças de saúde (Anexo XVI).

O perfil de autocuidado é algo individual que reflete uma atitude face ao cuidado de saúde, à doença e à vida (Backman & Hentinen, 1999). Na Tabela 15, apresentámos a estatística descritiva dos *scores* agregados relativos às seis (6) dimensões provenientes do conjunto de 27 itens originais relativos ao “perfil de autocuidado” e no Anexo XVI a estatística descritiva referente a cada um dos itens. Neste particular, importa lembrar que cada um dos itens foi avaliado numa escala do tipo *likert*, entre diferenciais semânticos (Discordo totalmente - Concordo totalmente).

Tabela 15: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos *scores* (agregados) referentes às dimensões relativas ao perfil de autocuidado

Dimensão	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
<i>Score de Condição de saúde</i>	2,28	1,24	1	4,75	2	1
<i>Score de Atitude de resignação face ao envelhecimento</i>	4,15	0,65	2,33	5	4,33	4,33
<i>Score de Atitude positiva face ao plano terapêutico</i>	4,08	0,66	2,67	5	4,17	4
<i>Score de Atitude independente face ao autocuidado</i>	2,41	0,83	1	4,8	2,4	1,8
<i>Score de Confiança face ao futuro</i>	3,69	1,22	1	5	4	4,5
<i>Score de Atitude de abandono face ao autocuidado</i>	3,87	0,77	2,5	5	4	4

Desde logo, destaca-se alguma “*resignação face ao envelhecimento*”, com um valor médio de 4,15 (DP=0,65). Todavia, ainda no contexto do internamento e numa lógica de perspetivar o desenrolar do plano terapêutico, constatou-se um *score* médio elevado na dimensão “*atitude positiva face ao plano terapêutico*”, com média de 4,08 (DP=0,66), o que revela que os dependentes atribuíram a devida importância à necessidade de cumprir o plano terapêutico proposto, de forma a colmatar as necessidades e, no que nos interessa mais, numa lógica de maximização das potencialidades.

Como se pode comprovar no Anexo XVI, os nossos dados sustentam que as pessoas com uma “*atitude positiva face ao plano terapêutico*” eram as mais consciencializadas (ρ de Spearman=0,440; $p=0,002$) e as mais envolvidas (ρ de Spearman=0,582; $p<0,001$). Na mesma linha, os dependentes mais envolvidos foram aqueles que mostraram maior “*confiança face ao futuro*” (ρ de Spearman=0,526; $p<0,001$).

Relativamente ao conjunto de fatores referidos às atitudes e crenças, e tendo presentes os *scores* médios apurados relativamente à “consciencialização das limitações para o autocuidado” e ao “envolvimento”, percebemos que os clientes com maiores níveis de consciencialização eram, também, os mais envolvidos, os que tinham expectativas mais adequadas (ρ de Spearman=0,347; $p=0,02$), melhores *scores* em termos de crenças de saúde (ρ de Spearman=0,626; $p<0,001$) e de autoeficácia percecionada (ρ de Spearman=0,388; $p=0,009$), bem como valores mais baixos em termos de preocupação com a evolução da condição de saúde (ρ de Spearman=0,-350; $p=0,019$) e com a preocupação com o apoio (ρ de Spearman=-0,449; $p=0,002$) (Anexo XVII).

3.2.1.5. Conhecimento e acesso aos recursos de apoio

Os recursos da comunidade, quando acessíveis às pessoas, podem ser um fator facilitador da transição por poderem contribuir para a reconstrução da autonomia (Almeida, 2009). Neste estudo constatamos que o *score* médio mais baixo no domínio dos recursos se reporta à “acessibilidade aos serviços de apoio” ($M=1,89$; $DP=0,69$) (Tabela 16). No Anexo XVIII apresentamos os resultados relativos aos itens originais. Olhando para os resultados agregados, a percepção de acessibilidade aos serviços de apoio é a que tem *scores* médios mais baixos, comparativamente ao conhecimento sobre serviços e produtos de apoio. O valor médio da capacidade para usar produtos de apoio, nesta fase, já é apreciável ($M=2,38$; $DP=0,89$).

Tabela 16: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos *scores* (agregados) referentes às dimensões relativas ao conhecimento e acesso aos recursos de apoio

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
<i>Score</i> de Acessibilidade aos serviços de apoio	1,89	0,69	1	3	2	2
<i>Score</i> de Conhecimento sobre os serviços de apoio	2,51	0,88	1	4	3	3
<i>Score</i> de Conhecimento sobre produtos de apoio	2,93	0,96	1	4	3	3
<i>Score</i> de Capacidade para usar produtos de apoio	2,38	0,89	1	4	3	3

Segundo Pereira, “de acordo com o nível de conhecimentos e percepção do participante, relativamente às suas capacidades, este percebe a necessidade de estar disponível para trabalhar em função da *reaquisição da sua autonomia*” (2008, p. 65). Almeida (2009) acrescenta que existe uma relação direta entre os conhecimentos e a utilização de equipamentos de apoio para a promoção da autonomia ou para a diminuição das limitações provocados pelos défices. Os nossos resultados, para além de sustentarem a importância de promover o conhecimento e as capacidades dos clientes sobre os recursos e produtos de apoio, apontam para a necessidade de equacionarmos abordagens orientadas para a promoção do acesso aos serviços de apoio.

Também aqui, os clientes mais consciencializados e envolvidos são aqueles que tendem a revelar *scores* mais elevados relativamente às dimensões estudadas, no que se reporta aos recursos e serviços de apoio (Anexo XVIII). Estas relações são bidirecionais, porque os clientes mais consciencializados e envolvidos são os que procuram mais

informação e, numa outra leitura, quanto maior é, por exemplo, o conhecimento maior é a consciencialização (Meleis et al., 2000). Por outro lado, ao aumentarmos o acesso e, por exemplo, o conhecimento sobre os recursos, poderemos contribuir para a diminuição das preocupações dos clientes face ao futuro.

3.2.1.6. Capacidade para tomar decisões e autoestima

A capacidade de tomar decisões, nomeadamente sobre a saúde e a autoestima são aspetos muito estáveis e pouco (ou nada) modificáveis pela ação terapêutica, na medida em que são traços característicos da personalidade dos clientes. No entanto, constituem elementos que podem condicionar de forma significativa o processo de reconstrução da autonomia, após a instalação de um quadro de dependência no autocuidado. Almeida (2009, p. 57) refere que a *“tomada de decisão passa por identificar todos os défices de forma a equacionar os recursos disponíveis e as respostas exequíveis, promovendo mais o seu envolvimento”* na recuperação da autonomia. Neste trabalho foram identificadas duas dimensões da tomada de decisão: a *“tomada de decisão autónoma”* e a *“tomada de decisão apoiada”*. Assim, verificámos que, em média, as pessoas com dependência tinham um *score* de *“tomada de decisão autónoma”* mais baixo ($M=2,31$; $DP=0,91$) que o *score* de *“tomada de decisão apoiada”* ($M=3,46$; $DP=0,86$). Esta diferença pode dever-se, também, ao facto das pessoas com dependência estarem mais vulneráveis devido à sua condição de saúde e se sentirem mais seguras quando têm o apoio das pessoas significativas ou de referência nas escolhas que fazem. Acresce que 68,9% dos clientes foram avaliadas no *score* 4 relativamente à tomada de decisão apoiada pelas pessoas significativas, e 62% no que se refere à tomada de decisão apoiada pelos profissionais de saúde (Anexo XIX).

Tabela 17: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função dos *scores* (agregados) referentes às dimensões relativas à capacidade de tomar decisões e à autoestima

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Score de Tomada de decisão autónoma	2,31	0,91	1	4	2,33	1,17
Score de Tomada de decisão apoiada	3,46	0,86	1	4	4	4
Score de Autoestima	2,07	0,97	1	4	2	1

O sentimento de autoestima é importante como facilitador de reconstrução da autonomia (Almeida, 2009). Face ao exposto, constatámos que, em média, os clientes tinham um *score* de “autoestima” de 2,07 (DP=0,97), o que demonstra uma razoável confiança das suas capacidades para enfrentar os problemas decorrentes da mudança.

Os clientes com *scores* mais elevados de tomada de decisão e no âmbito da autoestima foram os que se mostraram mais envolvidos e consciencializados para o processo de reconstrução da autonomia no autocuidado (Anexo XIX).

3.2.1.7. Emoções e significados

As emoções e os significados expressos pela pessoa que vivencia esta transição são na nossa opinião fatores com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia. De forma a perceber como estes fatores influenciaram os participantes, fizemos um conjunto de perguntas abertas, registamos algumas “anotações” e, depois procedemos à análise do seu conteúdo. Esta análise, descrita no Anexo XX, teve por base os princípios propostos por Laurence Bardin em 1977, a qual tem como principal objetivo codificar o discurso.

Bardin (2008) organizou em três fases a análise de conteúdo: a fase de pré-análise (leitura fluente, escolha dos documentos, preparação do material, referenciação dos índices e elaboração de indicadores), a fase de exploração do material (engloba a fase de codificação das unidades de contexto e de registo e a fase de categorização) e a fase de tratamento dos dados, inferência e interpretação (construção de conhecimento). Percorridas estas três fases, organizámos o material conforme demonstra o Anexo XX.

A literatura sugere que as pessoas, face à dependência no autocuidado têm padrões de resposta ou mais focados no problema ou mais focados nas emoções. Na análise que fizemos, efetuada o mais próximo possível do momento da alta, constatámos que prevalecem as emoções, e dentro destas as negativas, o que à partida seria expectável, visto que as pessoas ainda estão na fase inicial da transição.

Os sentimentos com carga emocional negativa levaram a que emergisse dos dados a categoria “*Falta de esperança*”, que procura aglutinar manifestações como a tristeza, o desânimo, a desmotivação e a falta de vontade de viver, exteriorizados por expressões do tipo: “*Já não tenho vontade de viver*”. O aparecimento de emoções centradas na falta de esperança, pode estar associado à ausência de metas e objetivos para o futuro, o que não

incute nas pessoas um esforço cognitivo e comportamental com o objetivo de tentar ultrapassar os défices presentes que limitam o desempenho das atividades de autocuidado.

Dentro das emoções negativas, verificámos também a existência de sentimentos revestidos por uma certa impotência perante a situação de dependência, tendo emergido dos dados a categoria *“Sentimento de impotência”*. É uma emoção que está muito associada com a dependência para o autocuidado e caracteriza-se pelo aparecimento de uma baixa autoestima, promovendo uma atitude negativa face à transição (Almeida, 2009). Este sentimento pode dificultar o processo de transição, ao contribuir para que a pessoa deixe de realizar o esforço necessário e não consiga levar a cabo o seu autocuidado: *“Não sou capaz de fazer nada sozinho”*. Neste domínio, por vezes, intensificam-se os sentimentos de medo de não serem aceites pela sociedade e de revolta pela situação em que se encontram (Pereira, 2008; Almeida, 2009).

Assim, quer a *“Falta de esperança”* quer o *“Sentimento de impotência”* são emoções negativas dificultadoras da transição e, como nos refere Pereira (2008, p. 69), *“a presença destes sentimentos nos participantes dificulta a reconstrução da sua autonomia”*. No estudo de Almeida (2009), a ansiedade, o cansaço, a solidão, o desamparo, o sofrimento, a angústia, a angústia espiritual e o desespero também foram emoções (negativas) que dificultaram a reconstrução da autonomia.

Com efeito, nas fases iniciais destes processos é “natural” que existam emoções negativas (Santos, 2003), pelo que é, também, preciso “dar tempo” (Brito, 2012) para que a natureza destas respostas possa ir mudando, de um registo muito emotivo para uma lógica mais centrada nas tarefas (Santos, 2003).

No que se refere às emoções positivas, da análise dos dados, identificámos a existência de sentimentos onde predominavam as expectativas positivas, o otimismo e a vontade de viver, dos quais emergiu a categoria *“Esperança”*. Assim, a esperança surge como a emoção promotora de mudanças que emerge de forma mais evidente em expressões dos clientes do tipo: *“Tenho esperança que vou recuperar”*. Podemos, ainda, referir que estes sentimentos categorizados como esperança, surgem associados a níveis mais elevados de perceção de autoeficácia, o que nos leva a supor que, em conjunto, estas emoções, potenciam o envolvimento da pessoa com dependência no processo de reconstrução da autonomia. Na nossa opinião, a esperança funciona como um motor que impulsiona as pessoas com dependência a empenharem-se em ultrapassar as suas

limitações. Outros estudos também concluem que a emoção que mais facilita o processo de transição é a esperança (Pereira, 2008; Almeida, 2009).

Para Meleis e colaboradoras (2000), outro dos condicionalismos da transição são os significados atribuídos pela pessoa aos diferentes aspetos envolvidos na transição. Da análise dos dados, constatámos que, os significados mais prementes assumem duas vertentes. Por um lado, os significados que o dependente atribui à sua condição de dependência, por outro, os significados atribuídos às propostas terapêuticas, em particular ao uso de equipamentos e dispositivos de apoio.

No que se refere à condição de dependência, emergiram quer significados positivos quer significados negativos. Relativamente aos significados negativos atribuídos à dependência, dos dados resultaram duas categorias, que tendem a dificultar a transição: a categoria *“Inutilidade”* e a categoria *“Ser um fardo”*.

A *“Inutilidade”* surge associada à incapacidade e limitação para o desempenho das atividades de autocuidado, bem evidente na expressão: *“Sinto que já não sirvo para nada”*. Em paralelo e estando relacionada com a categoria anterior, verificámos que a condição de dependência está muito associada à dependência de outros para as atividades de autocuidado, emergindo da análise dos dados a categoria *“Ser um fardo”*. As pessoas, ao tomarem consciência das suas limitações e da necessidade de substituição para as atividades de autocuidado, reconhecem que são (ou vão ser) um fardo ou um peso para os seus familiares cuidadores - *“Sinto que sou um peso para a vida da minha filha”*. Estes significados negativos surgem, com grande frequência, associados às emoções negativas a que atrás aludimos.

Todavia, para algumas das pessoas dependentes, a sua condição de dependência, ou como nos refere Brito (2012) a sua situação, significa um *“Desafio”*. Quando assim é, a transição parece ser facilitada. Constatámos que para alguns participantes a dependência é encarada como um desafio pessoal, desafio esse que tem como principal resposta uma projeção futura de objetivos e metas a atingir direccionadas para a reconstrução da autonomia - *“Tenho que me readaptar a fazer o meu dia-a-dia de acordo com as minhas capacidades”*. A atribuição de um significado positivo demonstra que a pessoa vai aprendendo novas formas de lidar com a situação, com o objetivo de encontrar um novo ponto de equilíbrio (Kralik, Price & Telford, 2010).

Relativamente aos significados atribuídos às propostas terapêuticas, em particular ao uso de equipamentos, identificámos dois significados, um facilitador e outro,

aparentemente, dificultador da transição. Para uma parte apreciável dos dependentes estudados, o uso de equipamentos e dispositivos para as atividades de autocuidado é sinónimo de incapacidade ou limitação, emergindo da análise dos dados a categoria “*Invalidez*”. O significado negativo que é atribuído ao uso de equipamentos é dificultador da transição, na medida em que nalguns casos é notória a vergonha que as pessoas sentem por precisarem de um equipamento para as ajudar naquilo que já não conseguem fazer - “*Não quero ser apontada como uma inválida*”.

Por outro lado, e em elevado número de unidades de registo, constatámos que as pessoas atribuem ao uso de equipamentos o significado que remete para a recuperação da “*Autonomia*”. Muitas pessoas que percebem que podem compensar o seu défice ou limitação no autocuidado através do uso de um equipamento vêm uma oportunidade de independência, o que pode favorecer a mobilização deste tipo de dispositivos. Constatámos que muitos dos casos reconhecem no uso de equipamentos uma forma de se tornarem autónomos no seu autocuidado, pois associam a condição de dependente à “dependência de outras pessoas” e não tanto à “dependência de um equipamento” – “*É a única maneira de eu continuar a fazer as coisas por mim, sem precisar de ajuda de outras pessoas*”.

De acordo com Brito (2012), retomar ou refundar as relações sociais, pode ser um indicador muito relevante do processo de reconstrução da autonomia, após um evento gerador de dependência. Durante o internamento, recolhemos dados sobre a vontade do dependente retomar as suas relações anteriores e a sua apreensão face à possibilidade de poder experimentar compromissos nas mesmas, em função da sua nova condição de saúde. Apesar do valor médio apurado nesta dimensão ($M=2,21$; $DP=0,74$), só uma pequena percentagem dos dependentes evidenciou resposta compatível com o *score* 4 nos dois itens originais estudados (Anexo XXI).

Tabela 18: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função do *score* (agregado) relativo à socialização

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Score de Socialização	2,21	0,74	1	4	2,50	2,50

Nesta fase, não pareceu ser muito evidente o retomar das relações sociais, o que é compreensível, dado os clientes ainda estarem no contexto do internamento.

3.2.2. Destino da pessoa com dependência após a alta

Assumimos que o destino destas pessoas com dependência no autocuidado, após a alta, pode ser um fator com influência na sua recuperação, pela natureza das respostas dos serviços de saúde que são distintas nos diferentes destinos. Assim, constatámos que mais de metade dos sujeitos da amostra foi para o domicílio (Tabela 19).

Tabela 19: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função do destino após a alta

Destino da pessoa com dependência após a alta	N	(%)
Unidade de Convalescença (RNCCI)	4	6,7%
Unidade de Média Duração (RNCCI)	17	28,3%
Domicílio	32	53,3%
Lar	6	10%
Família de acolhimento	1	1,7%

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi o segundo destino mais verificado entre os dependentes, sendo que 28,3% dos sujeitos ingressaram numa Unidade de Média Duração e 6,7% numa Unidade de Convalescença. Nos casos que foram para o domicílio não estão incluídos casos que poderiam ter sido encaminhados para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

3.2.3. O membro da família prestador de cuidados

No momento da alta, os MFPC foram avaliados com base num conjunto de aspetos relativos ao desempenho do seu papel de cuidadores. Como expresso na metodologia, numa fase inicial, reuníamos vários itens, que depois de analisados com recurso à análise fatorial exploratória e em consonância com critérios teóricos, passaram a constituir quatro dimensões: consciencialização sobre as exigências do papel; envolvimento; conhecimentos e capacidades para o exercício do papel e perceção de autoeficácia para tomar conta do familiar dependente, as quais passamos a analisar.

3.2.3.1. Consciencialização e envolvimento do membro da família prestador de cuidados

A transição, de natureza situacional, para o papel de prestador de cuidados está intimamente relacionada com a transição que decorre da instalação do quadro de dependência no autocuidado no familiar, influenciando-se mutuamente. A consciencialização dessa mudança denota-se como uma prioridade extremamente importante do processo de transição, na medida em que significa a perceção e o reconhecimento que o MFPC tem da experiência de transição que está a vivenciar (Meleis et al., 2000). Os resultados apurados relativamente à “consciencialização” e ao “envolvimento” na transição, por parte dos MFPC, foram bastante animadores.

Tabela 20: Caracterização da amostra de MFPC, em função dos *scores* (agregados) relativos à sua consciencialização e envolvimento

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Score de Consciencialização do MFPC	3,11	0,76	1	4	3,33	4
Score de Envolvimento do MFPC	2,77	0,77	1	4	2,75	2,75

Os nossos achados são consistentes com o nosso referencial teórico (Cf. Meleis et al., 2000), na medida em que existe uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre os *scores* de consciencialização para o papel e o envolvimento dos MFPC, na sua experiência de transição (ρ de Spearman=0,884; $p<0,001$ – Anexo XXII). Familiares cuidadores com uma noção adequada sobre o papel e suas exigências, bem como envolvidos no desenvolvimento das suas competências para tomar conta, por princípio, terão perfis de prestação de cuidados mais adequados.

3.2.3.2. Perceção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados para o exercício do papel

A preparação do regresso a casa de um familiar dependente gera, frequentemente, inquietações e dificuldades, para as quais os MFPC, não se encontram ou sentem preparados (Petronilho, 2007). Neste sentido, evoluímos na discussão dos resultados e analisámos a “perceção de autoeficácia do MFPC” para tomar conta do familiar dependente. A perceção de autoeficácia reflete a crença da pessoa sobre a sua capacidade

para desempenhar atividades específicas que, neste caso concreto, se prende com a capacidade de assistir o dependente em cada domínio específico de autocuidado. Na Tabela 21, apresentámos as frequências relativas e absolutas por *score* de “perceção de autoeficácia do MFPC”, em cada domínio de autocuidado.

Estudos anteriores (Leão, 2012; Queirós, 2012) mostram-nos que a perceção de autoeficácia dos MFPC tende a ser sobrevalorizada pelos próprios, devido ao efeito da desajustabilidade social e à proteção da sua autoestima. Contudo, conscientes disso, devemos ponderar esta dimensão que pode condicionar o exercício do papel de familiar cuidador e, por inerência, a reconstrução da autonomia do dependente. Constatámos que, em média, o *score* de “perceção de autoeficácia global do MFPC” foi de 2,83 (DP=0,91). Os domínios em que os MFPC evidenciaram valores percentuais mais elevados de perceção de autoeficácia, com particular incidência no *score* 4, foram no âmbito do alimentar o dependente e tratar da higiene e arranjo pessoal, o que está em linha com as áreas dominantes da preparação hospitalar dos MFPC e com a sua própria definição pessoal do papel (Queirós, 2012).

Tabela 21: Caracterização da amostra de MFPC, em função dos *scores* relativos à sua perceção de autoeficácia para tomar conta do familiar dependente, face a cada domínio do autocuidado

Perceção de autoeficácia do MFPC na alta	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado tomar banho	11 (18,3%)	13 (21,7%)	16 (26,7%)	20 (33,3%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado vestir-se ou despir-se	9 (15%)	11 (18,3%)	23 (38,3%)	17 (28,3%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado alimentar-se	4 (6,7%)	1 (1,7%)	10 (16,7%)	45 (75%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado arranjar-se	7 (11,7%)	8 (13,3%)	18 (30%)	27 (45%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado cuidar da higiene pessoal	7 (11,7%)	9 (15%)	17 (28,3%)	27 (45%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado auto-elevar	13 (21,7%)	17 (28,3%)	17 (28,3%)	13 (21,7%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar o sanitário	12 (20%)	13 (21,7%)	16 (26,7%)	19 (31,7%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado transferir-se	13 (21,7%)	19 (31,7%)	15 (25%)	13 (21,7%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado virar-se	8 (13,3%)	7 (11,7%)	20 (33,3%)	25 (41,7%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar a cadeira de rodas	5 (22,7%)	3 (13,6%)	2 (9,1%)	12 (54,5%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado andar	16 (26,7%)	15 (25%)	16 (26,7%)	13 (21,7%)
Perceção de autoeficácia global do MFPC Média – 2,83; DP – 0,91; Mediana – 2,90; Moda – 3,70; Mínimo – 1; Máximo – 4				

Os domínios do autocuidado onde os MFPC se perceberam como menos competentes foram o, *auto-elevar*, o *transferir-se* e o *andar*, o que na nossa opinião está associado à prestação de cuidados diretos a clientes com níveis significativos de dependência. De acordo com Andrade (2009) há uma tendência para, quanto maior for o grau de dependência do familiar, menor será a confiança do MFPC na sua capacidade de desempenho do papel. Contudo, o valor e natureza da correlação entre o *score* global de percepção de autoeficácia dos MFPC e o *score* global do nível de dependência do familiar no momento da alta não confirmam aquele postulado (ρ de Spearman=0,227; $p=0,082$). Muito provavelmente, enquanto construção ao longo do tempo, a percepção de autoeficácia destes familiares cuidadores ainda está numa fase muito inicial.

No entanto, verifica-se que os MFPC com *scores* mais altos de percepção de autoeficácia são os mais envolvidos e consciencializados (ρ de Spearman=0,821; $p<0,001$; ρ de Spearman=0,730; $p<0,001$; respetivamente – Anexo XXII).

3.2.3.3. Conhecimentos e capacidades para o desempenho do papel de membro da família prestador de cuidados

A capacidade para o desempenho do papel de MFPC relaciona-se muito com o saber-fazer, o que remete para as capacidades instrumentais. Neste estudo, e fruto dos procedimentos de análise de dados, optámos por analisar em conjunto os conhecimentos e capacidades do MFPC para tomar conta, numa única variável agregada. Assim, verificámos que, em média, os MFPC tinham um *score* de “conhecimentos e capacidades para tomar conta” de 2,74 (DP=0,78).

Tabela 22: Caracterização da amostra de MFPC, em função do *score* (agregado) relativo aos seus conhecimentos e capacidades para tomar conta

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Conhecimentos e capacidades do MFPC	2,74	0,78	1	4	2,8	2,8

Estes resultados evidenciam que, de acordo com o nosso juízo clínico, os MFPC tinham, nesta fase, um nível de preparação aceitável para tomar conta do familiar com dependência no autocuidado, o que alinha com o *score* médio de autoeficácia percebida para o desempenho do papel; uma vez que ambas as dimensões guardam uma correlação forte e positiva (ρ de Spearman=0,884; $p<0,001$ – Anexo XXII).

3.2.3.4. Perfil de prestação de cuidados assegurado pelo membro da família prestador de cuidados

O perfil de prestação de cuidados do MFPC é outro fator que pode influenciar o potencial de reconstrução de autonomia da pessoa com dependência (Petronilho, 2007; Brito, 2012). Este dado foi colhido com base na opinião clínica do(s) enfermeiros(s), tendo em consideração os apontamentos relativos à forma como os MFPC, ainda no internamento, colaboravam nas atividades de tomar conta. Assim, *scores* de 1 ou 2 apontam para um perfil de natureza substitutiva, enquanto *scores* mais elevados (3 ou 4) sugerem um perfil mais promotor da autonomia do familiar dependente.

É certo que neste momento, as pessoas com dependência no autocuidado ainda estão numa fase vulnerável, os MFPC ainda estão a desenvolver a sua consciência acerca do papel e os cuidados profissionais ainda têm um forte enfoque na gestão do quadro fisiopatológico. Para além disso, existem situações de dependentes em que um perfil de cuidados de natureza substitutivo é uma exigência e nem todos os dependentes podem ser “desafiados” à autonomia.

Tabela 23: Caracterização da amostra de MFPC, em função dos *scores* relativos ao perfil de prestação de cuidados ao familiar dependente

Perfil de prestação de cuidados do MFPC	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Substituição vs. Promoção da autonomia nas atividades de autocuidado	18 (30%)	12 (20%)	10 (16,7%)	20 (33,3%)

Em rigor, aquilo que poderíamos ter feito era considerar se o perfil de prestação de cuidados dos MFPC era consonante, ou não, com as necessidades e exigências do familiar dependente. A este respeito, o que podemos dizer é que, de acordo com os nossos resultados, metade dos MFPC assumiu uma postura de substituição e a outra metade uma postura promotora de autonomia (Tabela 23). Como nesta investigação não procedemos ao estudo do tipo de necessidades dos clientes, podemos referir, por exemplo, que o facto de um MFPC assumir uma postura de substituição pode não ser prejudicial para a reconstrução da autonomia, na medida em que as necessidades do dependente no momento da colheita de dados poderiam ser de índole substitutiva.

Todos os aspetos que fomos equacionando até aqui, em certa medida, concorreram para o juízo clínico que formulámos, para cada caso, acerca do potencial de reconstrução da autonomia do dependente.

3.2.4. Juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução de autonomia no autocuidado da pessoa com dependência

No momento da alta, produzimos um juízo clínico acerca do potencial de recuperação de autonomia da pessoa com dependência no autocuidado, sendo este, um dos conceitos centrais do estudo. Como vimos, servimo-nos do mesmo instrumento de avaliação do tipo e nível de dependência no autocuidado (IADA) para ajuizar do potencial de “melhoria” de cada um dos dependentes. No fundo, o nosso juízo, ancorado no IADA, traduziu o nosso prognóstico, acerca do estado de dependência em cada um dos diferentes itens das (sub)escalas do IADA, no horizonte de três meses após a alta hospitalar.

No Anexo XXIII apresentámos as frequências relativas e absolutas por *score* de dependência referentes a cada indicador/item específico dos 11 domínios de autocuidado. Com base nas nossas previsões para cada um dos itens específicos, foi-nos possível computar um *score* médio do nível de dependência (previsível) por domínio de autocuidado, bem como o nível global de dependência que seria previsível ao fim de três meses. Os procedimentos adotados nestas computações foram os mesmos a que recorreremos para a caracterização da dependência no momento da alta.

A diferença máxima de *score* entre o nível potencial de reconstrução da autonomia e o nível de dependência no autocuidado no momento da alta só pode ser, em termos absolutos, três (3). Acresce que, como não podia deixar de ser, admitimos que poderiam existir casos que, ao fim de três meses, poderiam piorar a seu estado de dependência. Assim, sob o ponto de vista do juízo clínico do enfermeiro, no momento da alta, acerca do potencial de reconstrução da autonomia, definimos a possibilidade dos clientes se enquadrarem num de quatro grupos: “piorar ou manter o tipo e nível de dependência”, “baixo potencial”, “moderado potencial” e “alto potencial” de reconstrução de autonomia.

Tabela 24: Síntese (qualitativa) sobre o juízo clínico do enfermeiro, em função da diferença entre o juízo acerca do potencial de reconstrução da autonomia e o nível de dependência no autocuidado, no momento da alta hospitalar

Diferença entre o nível potencial de reconstrução da autonomia e o nível de dependência na alta	Juízo clínico do enfermeiro	Score
≤ 0	Piorar ou manter o tipo e nível de dependência	Score 0
$>0 \text{ e } \leq 1$	Baixo potencial de reconstrução da autonomia	Score 1
$>1 \text{ e } \leq 2$	Moderado potencial de reconstrução da autonomia	Score 2
>2	Alto potencial de reconstrução da autonomia	Score 3

Com base no exposto, foi-nos possível enquadrar cada um dos casos numa das categorias apresentadas. A Tabela 25 faz a síntese dessa categorização.

Tabela 25: Caracterização da amostra de pessoas com dependência, no momento da alta, em função do seu potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, no horizonte temporal de três meses

Síntese sobre o juízo clínico acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado	N	%
Potencial para piorar ou manter o nível de dependência	3	5%
Baixo potencial para melhorar o nível de dependência	35	58,3%
Moderado potencial para melhorar o nível de dependência	22	36,7%
Alto potencial para melhorar o nível de dependência	-	-

Os resultados evidenciam que, de acordo com o juízo clínico do enfermeiro, a maioria dos clientes (58,3%) tinha baixo potencial de reconstrução da sua autonomia. Seguem-se os clientes com moderado potencial de melhoria do nível de dependência (36,7%). Importa, ainda, salientar que apenas 5% dos clientes tinham, no nosso juízo clínico, potencial para piorar ou manter o seu estado de dependência e nenhum dos clientes foi identificado como tendo alto potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado.

O juízo clínico acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado é uma síntese que resulta de um processo de análise conjunta de todo um conjunto de dados que tínhamos disponíveis, face a cada caso. Assim, no contexto desta fase do estudo, perguntámos: *“Quais foram os aspetos que mais influenciaram o juízo clínico acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, dos clientes?”*

Para responder a esta questão, recorremos a procedimentos de estatística inferencial. Optámos por fazer as comparações, apenas, entre o grupo com “baixo potencial” (35 casos) e o grupo com “moderado potencial” (22 casos), visto que apenas três casos foram considerados com “potencial para piorar ou manter” o seu estado de dependência, o que não nos permitia o número de casos suficiente para fazer outras análises.

3.2.4.1. Exploração dos principais fatores envolvidos na formulação do juízo clínico acerca do potencial de reconstrução de autonomia no autocuidado da pessoa com dependência

Recorremos ao teste *U* de Mann Whitney para verificar a existência de diferenças com significado estatístico entre os dois grupos - com “baixo” e com “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado.

Começámos por estudar os dois grupos em relação ao nível de dependência. Pela análise inferencial, não se verificaram diferenças com significado estatístico entre os dois grupos, relativamente ao nível de dependência em todos os domínios de autocuidado, no momento da alta. De modo similar, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no *score* global de dependência no momento da alta e antes do internamento (Anexo XXIV). Acresce ainda que os dois grupos não evidenciaram diferenças com significado estatístico quanto à idade, ao nível de escolaridade e ao tempo de dependência (Anexo XXIV).

Também fomos explorar a eventual influência que a presença de compromissos a nível dos processos corporais poderia ter no juízo acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado e verificámos que entre os dois grupos, não existiam diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao número de úlceras de pressão, à força muscular e ao equilíbrio corporal (Anexo XXV). Ainda no âmbito dos compromissos dos processos corporais, e para analisar as diferenças nos dois grupos, face a um conjunto de variáveis nominais, que pudessem influenciar o juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução de autonomia, recorremos à estatística do teste de *Qui Quadrado* (Anexo XXV). Os resultados do teste em parâmetros como a orientação e a memória, o tónus muscular, o compromisso articular e os sinais de desidratação não foram estatisticamente significativos (Anexo XXV). Urge salientar que, o facto de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, que são muito próximos (com “baixo” e “moderado” potencial), em termos de juízo clínico, não quer necessariamente dizer que estes aspetos não “pesaram” no juízo que formulámos. Contudo, não é nestes domínios que os grupos se distinguem.

Os resultados, obtidos a partir do teste de *U* de Mann Whitney, referentes à comparação dos dois grupos em função dos outros condicionalismos da pessoa são apresentados no Anexo XXVI. Da leitura dos dados depreende-se que existem diferenças com significado estatístico, entre os dois grupos, em parâmetros como a “tomada de

decisão autónoma”, a “tomada de decisão apoiada” e a “acessibilidade aos serviços de apoio”, sendo que, os clientes que evidenciaram *scores* mais elevados nestes fatores eram os que de acordo com o juízo clínico de enfermeiro tinham maior potencial de recuperação da autonomia (grupo com “moderado potencial”).

No que concerne às dimensões que emergiram do “perfil de autocuidado”, verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de clientes, relativamente às dimensões “atitude positiva face ao plano terapêutico” e “confiança face ao futuro”. Os dependentes com *scores* mais elevados nestas dimensões foram os considerados como tendo maior potencial de recuperação de autonomia. Estes eram os clientes que se envolviam mais e eram mais responsáveis no cumprimento do plano terapêutico. De modo semelhante, os sujeitos que apresentavam *scores* mais elevados na dimensão “confiança no futuro” eram os que de acordo com o juízo clínico do enfermeiro tinham “moderado potencial” para recuperar a sua autonomia (Anexo XXVI).

Avançámos na análise, mas desta feita a olhar para as variáveis relativas ao MFPC, tomando em consideração não só as variáveis isoladas, mas também as variáveis agregadas. Os resultados obtidos encontram-se explanados no Anexo XXVII.

O nível de escolaridade constitui um traço característico do MFPC, que se alia à sua formação. Neste contexto é interessante verificar que existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de escolaridade dos MFPC entre os grupos. Assim, os dependentes com MFPC que possuíam maior nível de escolaridade eram os que, de acordo com o juízo clínico do enfermeiro, tinham maior potencial de reconstrução da sua autonomia. Provavelmente, aqui fomos influenciados por uma ideia (pré-concebida) que, MFPC com mais formação académica acabam por estimular e exigir mais do dependente no sentido da recuperação da sua autonomia.

Os MFPC que são cuidadores há mais tempo, tendem a ter níveis de perceção de autoeficácia mais elevados (Leão, 2012), o que poderia, à partida, estar relacionado com uma maior preparação para o desempenho do papel. Todavia, a análise dos dados, revelou que, entre os dois grupos de dependentes (com “baixo” e “moderado” potencial), não existiam diferenças com significado estatístico na experiência anterior do MFPC.

Como comprova o Anexo XXVII, quanto ao perfil de prestação de cuidados, verificámos que os clientes cujos MFPC adotaram um perfil de prestação de cuidados, em princípio, mais promotor da autonomia foram aqueles que, de acordo com o nosso juízo clínico, teriam maior potencial de reconstrução da autonomia (“baixo potencial” – Mean

Rank=24,6; “moderado potencial” – Mean Rank=36; $p=0,008$). Estes resultados sugerem que este terá sido um dos fatores que influenciou o nosso juízo clínico, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado. Como nos refere Sequeira (2010), a prática do MFPC centrada na supervisão e orientação das tarefas é promotora da reconstrução da autonomia, na medida em que a pessoa assume um papel ativo nas suas atividades de autocuidado. Em contrapartida, MFPC que adotam posturas de substituição perante as necessidades da pessoa e não promovem a sua independência, revelou-se limitadora da evolução do dependente; dificultando a reconstrução da sua autonomia. Urge considerar e incorporar estes aspetos no nosso quotidiano profissional.

O estudo das diferenças entre os dois grupos com as variáveis agregadas referentes ao papel do MFPC, demonstrou, através do teste *U* de Mann Whitney, a existência de resultados estatisticamente significativos (Anexo XXVII).

A consciencialização denota-se como uma propriedade extremamente importante do processo de transição para o papel de prestador de cuidados. Os MFPC que, na nossa opinião, estavam mais consciencializados acerca do desempenho do seu papel, eram os que tinham dependentes a seu cargo com mais potencial de recuperar a autonomia no autocuidado. (“baixo potencial” – Mean Rank=25,61, “moderado potencial” – Mean Rank=34,39; $p=0,048$). A presença de um MFPC consciencializado das mudanças facilita o processo de transição, exercendo ação direta sobre os dependentes, no sentido destes se empenharem a readquirir a sua autonomia (Pereira, 2008).

Embora sem significado estatístico, existem outros dados relativos ao papel do MFPC que importa destacar. Assim, os clientes com “moderado potencial” de recuperação eram aqueles que possuíam MFPC com *scores* mais elevados de “conhecimentos e capacidades”, de “envolvimento” e de “perceção de autoeficácia”. A consciencialização das mudanças faz com que os MFPC se envolvam mais no processo de transição (Meleis et al., 2000) e, indubitavelmente desenvolvam conhecimentos e capacidades para tomar conta. Pereira (2008) acrescenta que os dependentes com apoio, tendencialmente, colaboram melhor, estão mais disponíveis para a aprendizagem de novas competências, encontram-se mais envolvidos nos cuidados e na sua recuperação. Pelo exposto, estes terão sido aspetos que concorreram para os juízos que formulámos acerca do potencial de recuperação.

Em síntese, a exploração empreendida, sem prejuízo daquilo que está para além dos resultados da estatística inferencial e do seu significado, mostra-nos que entre os dois grupos de clientes – com “baixo” e com “moderado potencial” de reconstrução da

autonomia no autocuidado – as principais notas de destaque se prendem com o facto de os casos com maior potencial de recuperação serem os casos com maior disposição para tomarem decisões, com melhor acessibilidade aos serviços de apoio, com uma atitude positiva face ao plano terapêutico e confiança face ao futuro. Em paralelo, eram pessoas que seriam cuidadas por MFPC mais consciencializados sobre o seu papel, com níveis mais elevados de escolaridade e, com um perfil de prestação de cuidados, aparentemente, iluminado por uma postura promotora da autonomia.

Dado o carácter longitudinal do estudo, importava, três meses após, verificar como efetivamente evoluiu a condição de saúde de cada um dos dependentes, nomeadamente em termos do nível e tipo de dependência no autocuidado.

3.3. Três meses após a alta

Cerca de três meses após o internamento, procedemos à caracterização da amostra com o intuito de perceber como evoluiu a condição de saúde da pessoa relativamente à dependência no autocuidado. Esta etapa corresponde à segunda fase do estudo e a colheita de dados foi efetuada através de uma entrevista telefónica. As respostas às questões foram dadas quer pela pessoa com dependência, quer pelo MFPC, ou por ambos. A amostra, nesta altura passou a ser constituída por 56 pessoas com dependência no autocuidado e 35 MFPC.

Verificámos que quatro (4) pessoas com dependência no momento da alta acabaram por falecer, entretanto. Quanto à diferença entre os dois momentos no número de MFPC, pode ser explicada por dois factos. Por um lado, nove (9) dependentes, ao fim de três meses, estavam institucionalizados. Por outro, de acordo com as respostas que nos foram dadas, 10 pessoas já não necessitavam de um prestador de cuidados, *“apenas de alguém que se responsabiliza-se”*, como, por vezes, nos diziam.

3.3.1. A condição da pessoa com dependência três meses após a alta hospitalar

No Anexo XXVIII, explanámos a caracterização da amostra de pessoas com dependência, em função da sua localização ou destino. Constatámos que eram 47 os “dependentes” que estavam no seu domicílio. Dizemos “dependentes” porque, ao fim de três meses, poderiam existir pessoas que tivessem recuperado totalmente.

É curioso verificar que, foram nove (9) as pessoas que não participaram na decisão sobre o seu destino/localização, ao fim de três meses. O estudo de Cunha (2011) revela que é residual a percentagem de pessoas institucionalizadas que participaram na decisão da sua institucionalização. Os nossos achados apontam para a mesma realidade, isto porque, com frequência, as pessoas, ainda durante o internamento, diziam-nos que, “mesmo assim, prefiro ficar em minha casa”, o que nos remete para aquilo que significa para estes dependentes a mudança de local de residência. É por isso que soluções de assistência que permitam manter as pessoas dependentes em casa parecem contribuir para níveis mais elevados de satisfação.

A maioria dos 56 dependentes (78,6%) não teve episódios de internamento hospitalar durante os três meses que decorreram. Com efeito, apenas 12 clientes tiveram, pelo menos, um internamento hospitalar no período de três meses. No Anexo XXIX, expomos a síntese dos dados relativos a tais internamentos hospitalares.

3.3.1.1. O nível e tipo de dependência no(s) autocuidado(s)

À semelhança do que aconteceu na fase inicial, caracterizámos a amostra quanto ao nível e tipo de dependência, nos vários domínios do autocuidado, com recurso ao preenchimento do IADA. Os procedimentos estatísticos adotados foram semelhantes aos usados no momento da alta e já anteriormente referenciados. No Anexo XXX, apresentámos as frequências relativas e absolutas por *score* de dependência, relativas a cada indicador/item específico dos vários domínios de autocuidado, o que nos permitiu ter uma noção pormenorizada do tipo de dependência de cada caso. Na Tabela 26, explicitámos o nível de dependência, três meses após a alta, por domínio de autocuidado e de forma global.

Tabela 26: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do nível de dependência por domínio de autocuidado e global, três meses após a alta

Nível de dependência 3 meses após a alta, por domínio de autocuidado	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Tomar banho	2,61	1,11	1	4	3	1
Vestir-se ou despir-se	2,66	1,16	1	4	2,7	4
Alimentar-se	3,09	1,06	1	4	3,6	3,6
Arranjar-se	2,7	0,99	1	4	2,75	4
Cuidar da higiene pessoal	3,20	1,2	1	4	4	4
Auto-elevar	3,09	1,27	1	4	4	4
Usar o sanitário	2,75	1,2	1	4	3,25	4
Transferir-se	2,63	1,15	1	4	3	4
Virar-se	3,11	1,26	1	4	4	4
Usar a cadeira de rodas	1	0	1	1	1	1
Andar	2,31	1,03	1	4	2,38	1
Autocuidado Global	2,76	1,08	1	4	3,13	1

Face ao exposto, podemos afirmar que, em média, o nível global de dependência no autocuidado melhorou ($M=2,76$; $DP=1,08$), quando comparado com a realidade na alta hospitalar ($M=1,70$; $DP=0,62$). Os domínios do autocuidado onde se evidenciaram melhores médias foram no *cuidar da higiene pessoal* (3,2), *virar-se* (3,11), *alimentar-se* (3,09) e *auto-elevar* (3,09). Tal como no momento da alta, o *alimentar-se* foi um dos domínios do autocuidado em que, em média, os dependentes apresentaram um *score* mais elevado, portanto com o menor nível de dependência. Importa salientar que estas avaliações resultaram, não da nossa opinião clínica, tal como durante o internamento, mas das inferências que fomos fazendo, com maior margem de incerteza, a partir do que as pessoas nos diziam ao telefone.

3.3.1.2. Compromisso dos processos corporais

Nesta fase, optámos, apenas, por avaliar os sinais aparentes de desidratação, as úlceras de pressão, a anquilose, a maceração e o equilíbrio corporal, visto que a colheita de dados não foi efetuada por observação direta, mas sim com base nas respostas dadas pela pessoa com dependência e/ou MFPC, via telefone.

Tabela 27: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função dos compromissos nos processos corporais, três meses após a alta

Compromissos dos processos corporais 3 meses após a alta	N	(%)
Sinais de desidratação		
Sem sinais de desidratação	40	71,4%
Com sinais de desidratação	16	28,6%
Úlceras de pressão		
Sem úlceras de pressão	46	82,1%
Com úlceras de pressão	10	17,9%
Movimento articular		
Sem compromisso do movimento articular	31	55,4%
Com compromisso do movimento articular	25	44,6%
Maceração		
Sem maceração	55	98,2%
Com maceração	1	1,8%

Analisando a Tabela 27, podemos constatar que, três meses após a alta, 71,4% dos dependentes referiram não apresentar qualquer sinal de desidratação, 82,1% não apresentavam sinais de úlcera de pressão, 55,4% não revelavam ter sinais de anquilose em nenhuma das articulações e 98,2% não apresentavam sinais de maceração. Daqui se depreende que, decorrido este período, a maioria dos clientes não apresentava alterações relevantes ao nível dos processos corporais, exceto naquilo que se reporta ao compromisso do movimento articular e que, de acordo com os nossos dados desagregados, eram mais frequentes nos membros superiores.

3.3.2. Percurso assistencial da pessoa com dependência

Questionámos as pessoas com dependência e/ou MFPC sobre a procura de informação pertinente para o processo de reconstrução de autonomia, sobre a utilização recursos institucionais da comunidade e ainda, sobre o acesso/utilização de recursos profissionais (de saúde) adequados às suas necessidades específicas. Na Anexo XXXI, apresentámos as frequências relativas e absolutas referentes aos dois primeiros itens: procura de informação e recursos institucionais da comunidade.

Cerca de 43% dos participantes referiram que procuraram informação pertinente e com ênfase no seu processo de reconstrução da autonomia. Quando questionados acerca do tipo de informação, a maior parte respondeu que procurou informação sobre “*ajudas técnicas*”. Certamente porque associavam a utilização destes instrumentos de apoio, como

uma forma de se tornarem mais autónomos no seu autocuidado (por não necessitarem de forma sistemática da ajuda de terceiros).

No que se refere aos recursos institucionais da comunidade podemos constatar que apenas 21,4% dos clientes referiu ter procurado/utilizado este recurso, sendo que os mais procurados foram os centros de dia e os lares. As taxas de utilização de recursos da comunidade ainda são muito incipientes, quer neste estudo quer naqueles que foram feitos nos concelhos do Porto (Maia, 2012) e Lisboa (Matias, 2011). As razões que sustentam esta realidade derivam do facto das pessoas não terem consciência da utilidade destes recursos, do seu desconhecimento e de alguma resignação. Neste particular, os cuidados de enfermagem podem fazer a diferença, advogando e orientando para os recursos disponíveis.

O acesso aos recursos profissionais também foi avaliado ao longo dos três meses, no que se refere ao apoio domiciliário, visitas domiciliárias de enfermagem, cuidados de enfermagem de reabilitação e cuidados de fisioterapia (Anexo XXXII).

Verificámos que, apenas 28,6% dos sujeitos com dependência receberam algum tipo de apoio domiciliário, salientando-se, assim, que a grande maioria dos dependentes não teve acesso a serviços de apoio domiciliário. De acordo com as nossas notas as pessoas que usufruíram de apoio domiciliário foi com vista à obtenção de apoio para os cuidados de higiene e fornecimento diário de refeições.

Relativamente à visita domiciliária de enfermagem, verificou-se que apenas 8,9% dos clientes (5 casos) beneficiou deste recurso profissional.

Apurámos que, mais uma vez, apenas 29,1% dos sujeitos usufruíram de cuidados de enfermagem de reabilitação. Destes, 31,3% fizeram cinco tratamentos por semana e a mesma percentagem de clientes fez sete sessões de reabilitação por semana; a média foi de 4,63 tratamentos ($DP=2,03$). Relativamente ao tempo, 50% dos casos receberam cuidados de enfermagem de reabilitação durante um mês e 43,8% usufruíram destes cuidados durante três meses. Assim, cada pessoa em média frequentou durante cerca de 2 meses cuidados de enfermagem de reabilitação ($DP=0,99$).

Quanto aos cuidados de fisioterapia, constatámos que 60,7% (34) dos clientes usufruiu deles. Destes, importa salientar que cerca de metade (52,9%) tiveram cuidados de fisioterapia cinco vezes por semana, sendo a média de tratamentos de 4,65 vezes por semana ($DP=1,35$). Dos clientes em questão, 47,1% frequentaram três meses, e 29,4% frequentaram apenas um mês a fisioterapia.

Em suma, pela análise dos dados podemos constatar que a fisioterapia foi o recurso mais utilizado pelas pessoas com dependência, o que pode dever-se ao facto da fisioterapia ser o recurso mais comumente associado ao processo de reabilitação funcional, sendo resultante de uma prescrição médica e um aspeto que as famílias desejam e “reclamam”.

3.3.3. O membro da família prestador de cuidados

No momento da alta hospitalar, todos os participantes deste estudo tinham um MFPC. Porém, admitimos que ao longo dos três meses era possível que o MFPC pudesse ser outra pessoa, ou a pessoa com dependência pudesse deixar de necessitar de ajuda de terceiros, pelo que considerámos pertinente proceder à caracterização do novo MFPC.

Com base nos dados explanados na Tabela 28, podemos afirmar que dos 56 clientes, apenas 45 continuaram, na sua opinião (ou na do cuidador), a necessitar de MFPC, sendo que destes, 27 eram os mesmos que no momento da alta. Como 18 clientes tinham um MFPC diferente daquele do momento da alta, evoluímos na caracterização do novo MFPC.

Tabela 28: Distribuição da amostra em função da necessidade de MFPC três meses após a alta

MFPC 3 meses após a alta	N	(%)
Ainda necessita de MFPC (56)		
Não	11	19,6%
Sim	45	80,4%
É o mesmo que no momento da alta (45)		
Não	18	40%
Sim	27	60%

No Anexo XXXIII, apresentámos as frequências relativas e absolutas das variáveis que caracterizam o novo MFPC. Note-se que estão em análise apenas 11 MFPC porque, dos 18 clientes que passaram a ter um novo MFPC, sete (7) acabaram por ir residir para Lares e, como tal, o novo MFPC desempenhava mais o papel de gestor de cuidados, do que propriamente prestador de cuidados diretos. É de salientar que três (3) dos novos MFPC não facultaram os seus dados sociodemográficos. Posto isto, constatámos que os novos MFPC são maioritariamente do sexo feminino (87,5%), com uma média de idade de 49 anos

(DP=14,84) e são casados ou vivem em união de facto (87,5%). Importa ainda referir que, destes novos MFPC, cinco já coabitavam com a pessoa com dependência no autocuidado.

Quanto ao nível de escolaridade, verificámos que, em média, os novos MFPC tinham 5,63 anos de escolaridade (DP=1,69) e no que se reporta à situação profissional, três eram trabalhadores ativos, três desempregados e dois reformados. Apenas dois dos novos MFPC tinham experiência anterior de tomar conta de uma pessoa com dependência.

3.3.3.1. Perceção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados

À semelhança do que aconteceu no momento da alta, decorridos os três meses, os investigadores, avaliaram novamente a autoeficácia percebida dos MFPC (Anexo XXXIV).

Com base na análise dos dados, pudemos constatar que três meses após a alta, em todos os itens que caracterizavam a perceção de autoeficácia do MFPC para tomar conta, a maior percentagem de MFPC posicionava-se no *score* 4. Estes resultados demonstram que com o passar do tempo e a experiência de cuidar, os MFPC sentem-se mais competentes para assistir o dependente no autocuidado, em linha com os resultados de Queirós (2012).

Não obstante, é nos autocuidados *auto-elevar*, *transferir-se* e *andar* que existe maior percentagem de MFPC que se posicionaram no *score* 1 ou 2. Também Petronilho (2007) verificou que na transição entre o hospital e o domicílio, os conhecimentos e capacidades do cuidador são menores no que diz respeito às dimensões de saúde relacionadas com a prevenção de rigidez articular, prevenção de úlceras de pressão e técnica de posicionamento, o que vai de encontro aos indicadores em que os MFPC se sentem menos competentes, tal como também apurou Leão (2012).

3.4. Evolução da condição da pessoa com dependência no autocuidado ao fim de três meses

Depois de analisados os dados que nos permitiram caracterizar a pessoa com dependência e o seu MFPC, na alta e três meses após, avançámos na resposta aos objetivos que norteiam esta investigação. Assim, começámos por determinar a evolução da condição

de saúde da pessoa, quanto ao nível de dependência no autocuidado e no âmbito dos compromissos nos processos corporais. Após, prosseguimos num exercício de natureza inferencial acerca dos fatores que surgem associados à evolução do quadro de dependência no autocuidado.

3.4.1. Evolução do nível de dependência no(s) autocuidado(s)

Nesta fase interessou-nos, com base na avaliação do nível de dependência no autocuidado (ao fim de três meses), fazer uma leitura comparativa com o juízo clínico do enfermeiro produzido no momento da alta, acerca do potencial de reconstrução da autonomia, de cada um dos casos estudados.

Assim, admitimos três possibilidades, quando se comparou, caso a caso, o nível de dependência no autocuidado ao fim de três meses com o juízo clínico anterior, acerca do potencial de recuperação: (1) o cliente ficou aquém do potencial previsto, (2) o cliente atingiu o potencial previsto e; (3) o cliente ultrapassou ou excedeu o potencial previsto. Por conseguinte, avançámos no sentido de determinar a evolução de cada caso, com base na diferença entre o *score* médio do “nível global de dependência três meses após a alta” e o *score* médio global do “potencial de recuperação”. Da equação resulta que, os casos em que a diferença é de sinal negativo ficaram “aquém do potencial”; os casos em que a diferença é nula atingiram o potencial previsto; e os casos em que a diferença é de sinal positivo excederam o potencial previamente definido. Deste processo resultou a categorização de cada caso num dos três grupos (Tabela 29).

Tabela 29: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função do seu nível de dependência, ao fim de três meses, quando comparado com o juízo clínico acerca do seu potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado (formulado na alta hospitalar)

Evolução do nível global de dependência no autocuidado face ao juízo clínico acerca do potencial reconstrução da autonomia	N	%
Aquém do potencial	19	33,9%
Atingiu o potencial	4	7,1%
Excedeu o potencial	33	58,9%
Total	56	100%

Dos dados, infere-se que a maioria das pessoas com dependência excedeu o juízo clínico acerca do seu potencial de reconstrução de autonomia no autocuidado. Contudo, cerca de 1/3 dos casos avaliados ficou aquém do previsto. Apenas quatro (4) casos atingiram, em termos globais e quantitativos, aquilo que foi previsto. A este respeito urge salientar que, dado a natureza “quantitativa e contínua” das medidas adotadas, tínhamos previsto que o número de casos em que a diferença computada fosse exatamente zero seria muito reduzido. Pelo exposto, estávamos muito interessados em perceber quais eram os casos que ficavam aquém e os que excediam o juízo clínico acerca do seu potencial de reconstrução da autonomia.

Os resultados apurados mostram-nos que o nosso juízo clínico, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, foi muito prudente e, muito provavelmente, não considerou aspetos que, entretanto, foram emergindo nas circunstâncias particulares de cada caso, ao longo dos três meses.

Depois de termos percebido como evoluiu o nível de dependência no autocuidado, face ao juízo clínico prévio, interessou-nos conhecer como, na realidade, foi essa evolução, através da comparação entre o estado de dependência na alta e decorridos três meses.

Para isso recorremos à computação da diferença entre o *score* médio do “nível global de dependência no autocuidado ao fim de três meses” e o *score* médio do “nível global de dependência no momento da alta”. Na Tabela 30 explanámos estes resultados, sendo que, os casos em que a diferença foi de sinal negativo foram os que pioraram o seu nível global de dependência no autocuidado; os casos em que a diferença foi nula (zero) correspondem aos que mantiveram o nível de dependência; e os casos em que a diferença foi de sinal positiva representam os clientes com melhoria da dependência (i.e.: os casos que se tornaram mais independentes).

Tabela 30: Caracterização da amostra de pessoas com dependência em função da evolução do seu nível global de dependência no autocuidado, ao fim de três meses

Evolução do nível global de dependência no autocuidado	N	%
Piorou nível de dependência	4	7,1%
Manteve nível de dependência	8	14,3%
Melhorou o nível de dependência	44	78,6%

No global, apenas oito (14,3%) clientes mantiveram o mesmo estado de dependência, enquanto 44 (78,6%) revelaram ter melhorado o nível global de dependência no autocuidado.

Nesta fase interessou-nos perceber se as diferenças encontradas na evolução da dependência no autocuidado (comparando o *score* do nível global ao fim de três meses com o *score* do nível global no momento da alta) tinham significado estatístico. Dada a natureza da amostra e por não estarem reunidos os pressupostos para a utilização do teste *t* para amostra emparelhadas, recorremos ao teste do sinal (*Z*), que é uma alternativa não paramétrica ao teste *t* (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 31: Diferença entre o “nível global de dependência três meses após a alta” e o “nível global de dependência na alta”

		N
“Nível global de dependência ao fim de três meses” – “Nível global de dependência no autocuidado na alta”	Diferenças negativas ^(a)	4
	Diferenças positivas ^(b)	44
	Empatadas ^(c)	8
	Total	56
Z = -5,629		
p<0,001		

(a) – Nível global de dependência 3 meses após a alta < Nível global de dependência na alta

(b) - Nível global de dependência 3 meses após a alta > Nível global de dependência na alta

(c) - Nível global de dependência 3 meses após a alta = Nível global de dependência na alta

O número de casos “não empatados” é maior que 20, pelo que a distribuição do teste tende para a normalidade. Assim, é possível afirmar que a natureza das diferenças encontradas tem significado estatístico.

Como fica evidente na Tabela 32, a média das diferenças encontradas é de +1,06 no *score* de evolução de dependência/independência no autocuidado (DP=0,83), o que sugere, numa escala de 1 a 4, a dimensão das diferenças encontradas. Da computação das diferenças poderia resultar um valor situado no intervalo de “-3 a +3”. Constatámos que houve uma evolução favorável em todos os domínios de autocuidado. Todavia, se considerarmos como valor de referência a média da evolução do nível de dependência, podemos comprovar, que em termos de quantidade, os dependentes evoluíram mais nuns domínios de autocuidado que noutros.

Tabela 32: Caracterização da amostra em função das diferenças entre o “nível de dependência ao fim de três meses” e o “nível de dependência na alta”, por domínio de autocuidado

Evolução do nível de dependência no autocuidado	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Tomar banho	1,19	1,01	-0,67	2,89	1,44	0
Vestir-se ou despir-se	1,87	1,03	-0,53	3	1,67	0
Alimentar-se	0,7	0,8	-0,2	3	0,4	0
Arranjar-se	0,88	0,97	-1	3	0,75	0
Cuidar da higiene pessoal	1,22	1,13	-1	3	1,33	2
Auto-elevar	1,36	1,07	-1,0	3	2	2
Usar o sanitário	1,27	1,04	-0,67	3	1,58	0
Transferir-se	1,05	0,99	0	3	1	0
Virar-se	0,98	1,04	-1	3	1	2
Usar a cadeira de rodas	0		0	0	0	0
Andar	1,01	0,92	-0,5	3	1,00	0
Nível global de dependência	1,06	0,83	-0,34	3	1,02	0

A evolução foi, em média, maior nos autocuidados *tomar banho*, *vestir-se ou despir-se*, *cuidar da higiene pessoal*, *auto-elevar* e *usar o sanitário*, o que pode estar diretamente relacionado com a maior capacidade funcional adquirida pelo dependente, decorrentes do treino e da repetição das atividades específicas que concretizam cada um destes domínios.

Nos autocuidados *alimentar-se*, *arranjar-se*, *transferir-se*, *virar-se* e *andar*, a evolução identificada foi em menor escala. Com efeito, os autocuidados *alimentar-se* e *arranjar-se*, eram, previamente domínios onde os dependentes tinham *scores* mais elevados, o que não lhes permitiu evoluir muito mais. Relativamente aos autocuidados *transferir-se*, *virar-se* e *andar*, a evolução pode ter sido menos significativa porque estes domínios de autocuidado estão fortemente relacionados com a capacidade de deambular e manter o equilíbrio corporal, as quais ficam, quase sempre, com sequelas após a instalação de um evento gerador de dependência.

Apesar do carácter nuclear da análise da evolução da dependência, neste estudo, também procedemos, com base nas respostas telefónicas à avaliação da evolução a nível dos processos corporais.

3.4.2. Evolução nos compromissos dos processos corporais

Ao longo dos três meses, assumimos que poderia haver alguma evolução a nível dos compromissos dos processos corporais, sendo que, nesta fase, avaliámos a evolução da condição da pessoa relativamente a sinais de desidratação, úlceras de pressão, anquilose, maceração e equilíbrio corporal (Anexo XXXV).

Relativamente à desidratação, verificámos que 71,4% dos sujeitos não apresentavam, ao fim de três meses, sinais de desidratação. Aqui, relativamente à data de alta, 27 casos deixaram de evidenciar sinais de desidratação e 13 mantiveram-se sem tais sinais. Entretanto, 13 casos (23,2%) adquiriram sinais de desidratação, juntando-se aos três casos que os mantiveram.

No que se refere à integridade cutânea, verificou-se que 82,1% dos clientes não apresentavam qualquer sinal de úlcera de pressão, enquanto 12,5% adquiriram úlceras. Acresce que, apenas um cliente refere manter maceração.

Verificámos ainda que 44,6% (25) da amostra manteve compromissos a nível articular. No que refere à data da alta, constatámos que nove (9) casos deixaram de ter compromissos a nível do movimento articular e 22 mantiveram-se sem sinais de anquilose.

Quanto ao equilíbrio quase metade da amostra referiu melhoria (47,3%), enquanto 7,3% pioraram o nível de equilíbrio. De salientar que 45,5% dos dependentes referiram ao fim de três meses manter o mesmo tipo de equilíbrio.

Em síntese, podemos afirmar que a nível dos processos corporais, se verificou uma evolução favorável. Os nossos resultados discordam dos que foram alcançados no estudo de Petronilho sobre a preparação do regresso a casa de clientes com níveis significativos de dependência no autocuidado, onde um mês após o regresso a casa, se verificou *“uma evolução negativa da condição de saúde dos doentes”* (2007, p. 129), nomeadamente a nível da rigidez articular e aumento no número de úlceras de pressão. Não obstante, julgámos que esta evolução positiva no que se refere aos processos corporais pode estar de certo modo associada à evolução do nível de dependência no autocuidado, e da melhoria dos serviços prestados por via da RNCCI e da reorganização das Unidades de Saúde Familiar, em curso.

3.4.3. Exploração dos principais fatores associados à evolução da dependência no autocuidado

Avançámos na exploração das associações entre os diferentes fatores com potencial de influenciar a evolução no nível dependência no autocuidado. Para este efeito, recorremos ao estudo das possíveis associações e correlações; optando por, no relatório, fazer referência apenas aos aspetos com significado estatístico. Os testes estatísticos a que recorremos derivaram da natureza da amostra e das variáveis em equação. Quando nos referimos à “evolução do nível de dependência no autocuidado”, referimo-nos a uma variável quantitativa que, como vimos, resulta da diferença entre o *score* global da dependência no autocuidado ao fim de três meses e o *score* obtido na alta hospitalar.

Relativamente às variáveis que caracterizavam o dependente do ponto de vista sociodemográfico e do ponto de vista dos compromissos dos processos corporais, não se verificaram resultados estatisticamente significativos (Anexo XXXVI). Progredimos na análise colocando em equação as correlações entre as variáveis do tipo ordinal ou quantitativo relativas ao dependente e o *score* da “evolução do nível de dependência no autocuidado”, com recurso à correlação de *rho* de Spearman (Anexo XXXVI). A matriz de correlações demonstra a existência de uma correlação positiva, embora fraca, entre o *score* de equilíbrio corporal no momento da alta e o *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado” (*rho* de Spearman=0,320, $p=0,017$). Logo, os dependentes que revelaram ter maior equilíbrio corporal, aquando da alta, foram os que mais evoluíram, em termos de (in)dependência.

Quanto às variáveis que caracterizavam a situação de dependência, constatámos a existência de diferenças com significado estatístico face à evolução da dependência, no que se refere à situação que deu origem à dependência (Anexo XXXVI). Os clientes cujo evento que desencadeou a dependência foi uma doença aguda (Mean Rank=28,36) foram os que mais recuperaram a autonomia ($p=0,041$), quando comparados com os casos em que a dependência resultou de doença crónica (Mean Rank=18,33). Este resultado era expectável, na medida em que uma doença aguda, por norma, tem tratamento curativo a curto prazo, o que permite à pessoa recuperar mais depressa da situação patológica.

Ancorados nos pressupostos da teoria das transições de Meleis (2000), fomos explorar as correlações entre as restantes variáveis subjacentes à condição da pessoa

(consciencialização, envolvimento,...), durante o internamento, com a “ evolução do nível de dependência no autocuidado”. Da análise empreendida foram identificadas algumas correlações estatisticamente significativas, as quais apresentámos no Anexo XXXVII. Os aspetos correlacionados de forma estatisticamente significativa com a evolução da dependência remetem-nos, essencialmente, para o envolvimento dos clientes no seu processo de recuperação, as suas disposições para tomar decisões, as suas preocupações, as suas crenças de saúde e a sua atitude face ao plano terapêutico proposto. Aqui, também devemos destacar a dimensão relativa à acessibilidade percebida aos serviços de apoio.

O *score* de “envolvimento” apresenta uma correlação positiva e fraca com a evolução do nível de dependência (ρ de Spearman=0,462; $p=0,002$), factos em linha com os pressupostos teóricos de Meleis e colaboradores (2000) que afirma que esta propriedade da transição diz respeito ao envolvimento e interesse dos dependentes perante a situação que vivenciam e a sua evolução. Quer isto dizer que os casos que evidenciaram maiores *scores* de envolvimento foram os que ao longo do tempo demonstraram ter evoluído mais na reconstrução da autonomia. Em sentido oposto, verificou-se que os dependentes com menores *scores* de “preocupação com o apoio” foram os que mais evoluíram na dependência, aspeto atestado pela correlação negativa, ainda que fraca, mas com significado estatístico (ρ de Spearman=-0,306; $p=0,049$). É sabido que a preocupação com determinados aspetos da vida da pessoa, como sejam o apoio da família ou MFPC, a acessibilidade, os recursos económicos, entre outros, podem influenciar a forma como o dependente enfrenta a transição.

A tomada de decisão é um aspeto fundamental do autocuidado, na medida em que para a manutenção do seu autocuidado, as pessoas devem agir por si próprias, com base na tomada de decisão (Orem, 2001). Neste sentido, o estudo das correlações demonstra que a evolução do nível de dependência no autocuidado estabelece uma correlação positiva (fraca) com o *score* de “tomada de decisão autónoma” (ρ de Spearman=0,448; $p=0,003$) e uma correlação positiva forte com o *score* de “tomada de decisão apoiada” (ρ de Spearman=0,611; $p<0,001$). Apesar das duas dimensões da tomada de decisão se correlacionarem de forma positiva com a evolução da dependência, a tomada de decisão apoiada tem uma correlação forte, o que evidencia que os dependentes recuperam mais quando têm o apoio de quem lhes é significativo na escolha do caminho a seguir, pois este tipo de apoio “*influencia os participantes a trabalhar e a empenharem-se, no sentido de readquirirem a sua autonomia*” (Pereira, 2008).

O *score* de “crenças de saúde” apresenta uma correlação positiva fraca com a evolução do nível de dependência (ρ de Spearman=0,390; $p=0,011$). Este resultado pode ser explicado à luz do modelo de crenças em saúde, na medida em que a probabilidade dos indivíduos desenvolverem determinada ação, depende, diretamente, do resultado de dois tipos de avaliação que realizam: a percepção da ameaça do problema de saúde e o balanço entre os prós e os contras de desenvolver essa ação (Strecher & Rosenstock, 1997). Daqui, depreende-se que os dependentes que têm consciência do problema e do que podem fazer para o enfrentar, revelam mais convicção acerca da capacidade de recuperar a autonomia; e neste estudo, foram efetivamente aqueles que mais evoluíram a sua (in)dependência.

“Existem serviços de apoio à saúde disponíveis na comunidade que podem ser úteis para facilitar a vivência das transições” (Almeida, 2009). No domínio dos recursos, verificámos que o *score* de “acessibilidade aos serviços de apoio” estabelece correlação positiva e fraca com a evolução do nível de dependência no autocuidado (ρ de Spearman=0,345; $p=0,025$).

No que respeita às dimensões do perfil de autocuidado, constatámos que apenas a dimensão “atitude positiva face ao plano terapêutico” estabelece correlação positiva com a evolução do nível de dependência (ρ de Spearman=0,344; $p=0,026$). A aceitação do plano terapêutico traduz a convicção por parte da pessoa, de que os tratamentos que lhe são propostos são os mais adequados e os que mais a vão ajudar a recuperar a sua autonomia (Rodrigues, 2011).

Seguindo a linha de análise inferencial, fomos explorar as diferenças referentes às variáveis que caracterizaram a situação dos dependentes, três meses após a alta (Anexo XXXVIII). Com recurso ao teste de *U* de Mann Whitney, constatámos que existiam diferenças com significado estatístico relativamente ao local onde o dependente se encontrava, visto que os que estavam no domicílio (Mean Rank=33,45) foram os que mais evoluíram o seu nível de dependência ($p<0,001$). Posto isto, podemos pensar que os dependentes que três meses após a alta estavam em casa, podiam ser os que estiveram em unidades da RNCCI e que após o percurso de reabilitação tinham regressado a casa, ou clientes que, aquando da alta, decidiram ou foram propostos a regressar ao domicílio e continuar o processo de recuperação em ambulatório; o que pode justificar o facto de terem sido estes os que mais recuperaram a sua autonomia. Não obstante, a literatura também aponta que a recuperação junto das pessoas significativas e num ambiente familiar é muito eficaz. Um ambiente favorável minimiza os riscos para o dependente e

MFPC e facilita a prestação de cuidados (Sequeira, 2010). Na prática clínica, constata-se que, por vezes, pequenas alterações no domicílio, como por exemplo a adaptação da casa de banho proporcionam grandes ganhos ao nível do desempenho dos intervenientes (Brito, 2012), o que se repercute na possibilidade de uma maior autonomia para a pessoa.

Acresce que, quando foi a própria pessoa a tomar a decisão de estar no domicílio (Mean Rank=31,91), se verificou maior evolução no nível de dependência no autocuidado ($p<0,001$). Aqui, mais uma vez, se constatou que quando o dependente consegue julgar e escolher entre duas ou mais opções tem mais probabilidade de atravessar uma transição com sucesso (Meleis et al., 2000).

Aferimos que havia diferenças com significado estatístico relativamente à evolução da dependência, quanto à necessidade de reinternamento. Os dependentes que durante os três meses que sucederam a alta não tiveram nenhum episódio de internamento (Mean Rank=31,30) foram os que mais evoluíram no *score* de dependência ($p=0,014$). Parece-nos que os dependentes que necessitaram de reinternamento eram aqueles que tinham pior condição de saúde e, logo, menos probabilidade para evoluir no nível de dependência.

Relativamente às variáveis que remetem para o percurso assistencial da pessoa com dependência durante os três meses, recorreu-se ao teste de U de *Mann Whitney* (Anexo XXXIX). Aqui, só verificámos a existência de diferenças com significado estatístico quanto à procura de informação. Os dependentes que procuraram informação sobre o seu processo de recuperação (Mean Rank=34,73) foram os que evoluíram mais no *score* de evolução do nível de dependência final ($p=0,013$). Com efeito, a procura de informação é um indicador de envolvimento (Meleis et al., 2000; Brito, 2012) e, quanto mais envolvido, como vimos, está o dependente maiores são as suas possibilidades de recuperação.

Tendo em conta que o papel do MFPC é fundamental na reconstrução da autonomia do dependente (Brito, 2012), explorámos as diferenças entre as variáveis de atributo (qualitativas) do MFPC e o *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado” (Anexo XL). Quanto ao sexo, coabitação, estado civil e parentesco não verificámos a existência de diferenças com significado estatístico. Todavia, verificámos diferenças com significado estatístico relativamente à experiência anterior do MFPC para tomar conta, sendo que os dependentes que tinham um MFPC sem experiência anterior (Mean Rank=32,33) foram os que mais melhoraram o seu nível de dependência ($p=0,035$). Este resultado pode estar relacionado com o facto destes novos MFPC ainda não sentirem o efeito da sobrecarga física e emocional, decorrentes do impacto da prestação de cuidados,

da relação interpessoal, das expectativas com o cuidar e da percepção de autoeficácia associada ao papel de tomar conta (Sequeira, 2010). Assim, considerámos que estes MFPC tendem a adotar uma postura de promoção do autocuidado em vez de substituírem de forma integral o dependente nas atividades de autocuidado.

Para o estudo das correlações entre a “evolução do nível de dependência” e as variáveis do tipo ordinal ou quantitativo relativas ao MFPC, recorremos ao coeficiente de *rho* de Spearman (Anexo XL) e verificámos a existência de correlações com significado estatístico apenas com o perfil de prestação de cuidados do MFPC. Face ao exposto, podemos constatar que, quanto mais promotor da autonomia aparenta ser o perfil de prestação de cuidados do MFPC melhor é a evolução do nível da dependência (*rho* de Spearman=0,316; *p*=0,018). Quando o MFPC atua como intermediário, antecipa as necessidades e supervisiona ou orienta as atividades de autocuidado, facilita a reconstrução da autonomia; em contrapartida, quando o MFPC que assume uma postura de proteção e substitui o dependente no autocuidado, dificulta a reconstrução da autonomia (Proot et al., 2002; Sequeira, 2007, Sequeira, 2010; Brito, 2012).

Ainda no que se refere ao MFPC, importa citar que uma vez que avaliámos a autoeficácia percebida do MFPC, também determinamos a sua evolução (Tabela 33). A variável “evolução da percepção de autoeficácia do MFPC” foi computada com base na diferença entre o nível de “percepção de autoeficácia do MFPC três meses após a alta” e o nível de “percepção de autoeficácia do MFPC no momento da alta”. Se o resultado desta diferença fosse igual a zero, os MFPC mantinham a mesma percepção de autoeficácia; se fosse inferior a zero, os MFPC tinham piorado a sua percepção de autoeficácia; e se fosse superior a zero, os MFPC tinham melhorado a sua percepção de autoeficácia.

Tabela 33: Distribuição dos MFPC em função da evolução de percepção de autoeficácia

Evolução da percepção de autoeficácia do MFPC	N	%
Piorou a percepção de autoeficácia do MFPC	7	20%
Manteve a percepção de autoeficácia do MFPC	6	17,1%
Melhorou a percepção de autoeficácia do MFPC	22	62,9%

No decurso dos três meses, constatámos que cerca de 63% dos MFPC melhoraram a sua percepção de autoeficácia. Todavia, para 20% dos MFPC a percepção de autoeficácia para assistir a pessoa com dependência no autocuidado piorou.

Ao longo do tempo, os MFPC são confrontados com a necessidade de prestar cuidados cada vez mais complexos ao dependente, requerendo para tal um nível superior de competências (Schumacher et al., 2000). Face às necessidades dos dependentes, os MFPC preocupam-se bastante, e no domicílio acabam por desenvolver as competências desejadas (Petronilho, 2007), muitas vezes por tentativa e erro (Brito, 2012).

Segundo Meleis e colaboradoras (2000), os indicadores de resultado da transição para o “tomar conta” (ICN, 2011) devem refletir o domínio das novas competências (mestria) que são necessárias para cuidar do dependente e o desenvolvimento de uma identidade fluida e integradora (adaptação ao papel de MFPC). Portanto, a evolução positiva da autoeficácia percebida pelo MFPC, pode estar relacionada com o facto de o MFPC ter percorrido uma transição com sucesso, e nesta fase se sentir “confiante e confortável com o papel” (Shyu, 2000).

De acordo com Sequeira (2007), os MFPC com conhecimentos sobre a doença, com capacidade de intervenção e com uma boa percepção de autoeficácia estão em melhores condições para contribuírem para o bem-estar do dependente e encontram-se menos vulneráveis ao aparecimento da sobrecarga, o que concorre para a reconstrução da autonomia. Todavia, quando evoluímos no sentido de correlacionar a evolução da dependência com a evolução da percepção de autoeficácia do MFPC, constatámos que no nosso estudo não se verifica uma associação com significado estatístico (Anexo XL).

Em suma, e reportando-nos aos dados deste estudo percebemos que existem fatores que influenciam de forma positiva a transição e operam como facilitadores. Assim, o facto de a pessoa ter tido uma doença aguda, o *score* de equilíbrio corporal no momento da alta, de “envolvimento”, de “preocupação com o apoio”, de “tomada de decisão autónoma e apoiada”, de “crenças de saúde”, de “acessibilidade aos serviços de apoio” e de “atitude positiva face ao plano terapêutico” foram fatores que influenciaram efetivamente a reconstrução da autonomia. A estes fatores acrescentam-se MFPC sem experiência anterior de tomar conta e com um perfil de prestação de cuidados mais promotor de autonomia em oposição a uma postura mais substitutiva, o facto de ao longo dos três meses os dependentes terem procurado informação sobre a sua condição de saúde, e volvidos os três meses estarem no domicílio, terem um papel ativo nessa decisão e não voltarem a estar internados.

4. CONCLUSÕES

Uma sociedade cada vez mais direcionada para a qualidade de vida e bem-estar, em que o aumento da esperança média de vida associado ao envelhecimento e ao aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes, torna evidente que, no futuro, mais pessoas irão debater-se com situações de dependência no autocuidado.

Perante um evento gerador de dependência, que leva à perda de autonomia, a pessoa vê-se perante uma mudança que a desafia a uma experiência de transição, com o intuito de alcançar um novo ponto de equilíbrio e de bem-estar. Parece-nos que os enfermeiros, tendo em consideração a missão da enfermagem, devem centrar-se na profissionalização da sua ação, no sentido de facilitar tais transições.

Assim, o estudo aqui reportado, focou-se na problemática da reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado, tendo como propósito explorar a influência de um conjunto de fatores na mesma.

Tomando em consideração os objetivos que norteiam este estudo, e de uma forma geral, concluímos que, após um período de três meses, a maioria dos casos (78,6%) melhorou ao nível da (in)dependência no autocuidado, bem como nos compromissos dos processos corporais. Com efeito, a maioria dos dependentes (58,9%) melhorou o seu nível de dependência, tendo excedido o juízo clínico acerca do seu potencial de recuperação produzido pelo enfermeiro. Verificámos que 2/3 das pessoas com dependência atingiram ou excederam aquilo que o enfermeiro admitia e 1/3 ficou aquém do potencial de reconstrução de autonomia previsto. Daí que se possa concluir que os clientes melhoraram mais do que aquilo que foi previsto através do juízo clínico do enfermeiro, o que revela uma certa prudência nos juízos produzidos acerca do potencial de reconstrução de autonomia.

Os juízos clínicos produzidos acerca do potencial de reconstrução da autonomia categorizaram os casos da mostra em dois grandes grupos: os clientes com “baixo potencial” e os clientes com “moderado potencial” de recuperação. A exploração das associações entre os diversos fatores e o potencial de reconstrução da autonomia evidenciou que os fatores que mais influenciaram o juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução da autonomia foram: a tomada de decisão apoiada, a tomada de

decisão autónoma e a acessibilidade aos serviços de apoio, visto que os clientes com moderado potencial foram os que apresentaram *scores* mais elevados nestes aspetos. Para além disso, os clientes que foram avaliados como tendo maior potencial de melhoria foram aqueles com *scores* mais elevados em dimensões que derivam do seu perfil de autocuidado, como a “atitude positiva face ao plano terapêutico” e a “confiança face ao futuro”. O grupo de clientes que foi avaliado como tendo maior potencial de autonomia era composto por dependentes em que os seus MFPC tinham níveis de escolaridade mais altos e um perfil de prestação de cuidados que se percebia como mais promotor da autonomia, por oposição a uma postura demasiado substitutiva.

Quando fomos analisar os fatores que, efetivamente, influenciaram a evolução real do nível de dependência no autocuidado, tivemos alguns resultados interessantes e que merecem ser considerados. Assim, os casos que mais evoluíram na dependência no autocuidado foram os que tinham *scores* mais elevados em aspetos que vão muito para além da mera fisiopatologia. Neste sentido, é muito relevante o facto de terem sido as pessoas dependentes com *scores* mais elevados de envolvimento, de tomada de decisão autónoma, de tomada de decisão apoiada, de crenças de saúde (facilitadoras), com maior acessibilidade aos recursos e com uma “atitude positiva face ao plano terapêutico” que mais evoluíram na reconstrução da sua autonomia. Em linha, verificámos que as pessoas que, decorrido um trimestre, tiveram mais iniciativa para procurar informação sobre a sua condição de saúde, foram as que mais evoluíram, em termos de autonomia no autocuidado. Quanto ao papel do MFPC na reconstrução da autonomia dos dependentes, importa-nos destacar que quando a prestação de cuidados tem um perfil dirigido à maximização das capacidades do dependente maior é a sua recuperação.

Em síntese, os resultados deste estudo, demonstram que, em termos gerais, os fatores que mais influenciaram a evolução da condição de dependência, se inscrevem naquilo que Meleis e colaboradoras (2000) definem como condicionalismos da transição, quer sejam eles intrínsecos ou extrínsecos à pessoa. Tais condições estão para além de meros aspetos fisiopatológicos, o que nos obriga a equacioná-los nas nossas abordagens terapêuticas, enquanto meio para promover resultados em saúde mais efetivos.

As opções metodológicas que seguimos, na nossa opinião foram as mais adequadas para responder à problemática estudada, muito embora tenhamos sentido algumas dificuldades, nomeadamente na operacionalização da metodologia escolhida. A principal

dificuldade com que nos deparamos foi a diversidade dos dados colhidos, sendo para nós um desafio proceder à sua análise com base na metodologia escolhida.

Todos os estudos encerram limitações e este não é exceção. Antes de mais, importa referir a natureza (não probabilística) e a dimensão da nossa amostra (60 casos). No entanto, considerando o fator tempo para que foi projetado este trabalho, não nos foi possível ultrapassar esta dificuldade, embora tenhamos consciência da mesma. Outra limitação está relacionada com o facto do investigador que fez a colheita de dados, ser em simultâneo prestador de cuidados no contexto em que decorreu o estudo. Acreditamos que, na presença do investigador, alguns dependentes e MFPC possam ter respondido num quadro de “desejabilidade social” e proteção da sua autoestima, isto porque, muitas vezes, *“as pessoas inquiridas respondem às questões tendo em conta o socialmente correto e aceite”* (Vilelas, 2009, p.134).

O conceito de autocuidado e aqueles que lhe estão associados, como a dependência e a reconstrução da autonomia, são nucleares e assumem um estatuto central no seio da disciplina. Em Portugal, ultimamente, temos assistido a um aumento da investigação em enfermagem focada no autocuidado. Este forte incremento é fruto da centralidade do conceito para a disciplina e, não obstante, da necessidade de encontrar soluções que permitam lidar com o aumento dos casos de dependência no autocuidado.

Os enfermeiros encontram-se muito bem posicionados para ajudar as pessoas a reconstruir a sua autonomia. As pessoas podem alcançar melhores níveis de saúde quando são considerados no processo de transição os seus condicionalismos, e de forma mais profunda, quando são estes os fatores que os enfermeiros trabalham junto das pessoas com dependência para lhes conferirem maior potencial de reconstrução da sua autonomia. Para tal, é essencial trabalhar em função dos objetivos da pessoa e com ela. Acrescentamos ainda que esta relação de parceria deve ser estendida ao MFPC pois como vimos, várias variáveis inerentes ao MFPC influenciaram a evolução do nível de dependência da pessoa. Acreditamos que os enfermeiros terão um papel crucial na promoção do autocuidado. Maximizar o potencial de reconstrução de autonomia do dependente no autocuidado é um aspeto crucial da intencionalidade em que se alicerçam as terapêuticas de enfermagem.

Este estudo constitui um desafio que colocamos ao nosso exercício profissional futuro, visto que, enquanto mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assumimos que ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial de recuperação e reconstrução da sua autonomia no autocuidado é domínio de ação profissional em que urge avançar.

5. BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, A. – *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliar*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado.
- ANDRADE, F. – *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Mestrado.
- BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, n.º 3 (1999), p. 564-572.
- BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scand J Caring Sci*. Vol. 15 (2001), p. 195-202.
- BANDURA, A. - Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*. Vol. 1 (2006), p. 164-180.
- BARDIN, L. – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BASTOS, F. – *A pessoa com doença crónica – Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Doutoramento.
- BRITO, M. – *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – uma teoria explicativa*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2012. Dissertação de Doutoramento.
- CALLAGHAN, D. – Healthy Behaviours, Self-Efficacy, Self-care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*. Vol. 22, n.º 3 (2005), p. 169-178.
- CARMO, H.; FERREIRA, M. M. – *Metodologia da Investigação: Guia para auto-apredizagem*. 2.ª Edição. Lisboa: Universidade Aberta, 2008.
- CARNEVALI, D.; THOMAS, M. – *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. Lipponcott Williams & Wilkins, 1993.

CHICK, N.; MELEIS, A. – Transitions: a nursing concern. *Nursing Research Methodology: issues and implementation* (Chinn P.L.). Gaithersburg: Aspen Publishers. (1986), p. 237-257.

CUNHA, D. – *O familiar idoso: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado.

DUQUE, H. – *O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado.

FORTIN, M. – *Fundamentos e Etapas de Investigação*. Loures: Lusociência, 2009.

HILL, M. M.; HILL, A. – *Investigação por questionário*. 2.^a Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.

HOEMAN, S. – *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo*. 2.^a Edição. Loures: Lusodidacta, 2000.

HOY, B.; WAGNER, L.; HALL, E. - Self-care as a health resource of elders: integrative review of the concept. *Journal compilation*. Nordic College of Caring Science. (2007), p. 456-466.

ICN (International Council of Nurses) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2.0, 2011.

IMAGINÁRIO, C. – *O Idoso dependente em contexto familiar*. 2.^a Edição. Coimbra: Formassau, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas Demográficas 2006*. Lisboa-Portugal, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa-Portugal, 2012.

KRALIK, D.; PRICE, K.; TELFORD, K. - The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. Vol. 2 (2010), p. 197-204.

LEÃO, A. – *A perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.

LEENERTS, M.; MAGILVY, J. – Investing in Self-Care: A Midrange Theory of Self-Care Grounded in the Lived Experience of Low-Income HIV-Positive White Womens. *Advanced Nursing Science*. Vol. 22, nº 3 (2000), p. 58-75.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. – *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4.^a Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAIA, H. – *Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Dissertação de Mestrado.

MARTINS, R. – *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2010. Dissertação de Mestrado.

MATIAS, L. – *Tomar conta de dependentes em casa: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados pelos membros da família prestadores de cuidados no conselho de Lisboa*. Instituto de Ciências de Saúde. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado.

MELEIS, A. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advance in Nursing Science*. (2000), p. 12-28.

MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: development and progress*. 4.^a Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. - *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NUNES DA SILVA, A. – *Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Dissertação de Mestrado.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Conselho de Enfermagem, 2004.

OREM, D. – *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Massar, 1991.

OREM, D. – *Nursing concepts of practice*. 6.^a Ed. St. Louis: Mosby Year Book, 2001.

PEREIRA, F. – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento.

PEREIRA, R. – *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório em meio hospitalar*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2008. Dissertação de Mestrado.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J.N. – *Análise de dados para Ciências Sociais, a complementaridade do SPSS*. 5.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PETRONILHO, F. [et al.] – Caracterização do doente após evento crítico. Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais* (2004).

PETRONILHO, F. – *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formassau, 2007.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROOT, I. [et al.] – Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 12, n.º 3 (Set. 1998), p. 139-145.

PROOT, I. [et al.] – Facilitating and Constraining Factors on Autonomy: the views of Stroke Patients on Admission into Nursing Homes. *Clinical Nursing Research*. Vol. 9, n.º 4 (Nov. 2000), p. 460-478.

PROOT, M. I. [et al.] – Autonomy in Stroke Rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*. Vol. 9, n.º 1 (2002), p. 36-50.

PROOT, M. I. [et al.] – Supporting Stroke Patients' Autonomy during Rehabilitation. *Nursing Ethics*. Vol. 14, n.º 2 (2007), p. 229-241.

QUEIROS, C. – *Avaliação da perceção de autoeficácia nos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado: um estudo exploratório no concelho do Porto*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Dissertação de Mestrado.

RASENEN, P.; BACKMAN, K.; KYNGAS, H. – Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 21, n.º 3 (2007), p. 397-405.

RODRIGUES, L. – *O perfil de autocuidado como fator potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado.

SANTOS, C. – *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2003. Dissertação de Doutoramento.

- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. – Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26, n.º 2 (1994), p. 119-127.
- SCHUMACHER, K., [et al.] – Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*. Vol. 23 (2000), p. 191-203.
- SELANDER, J. [et al.] – Internal locus of control and vocational rehabilitation. *Work*. Vol. 30, n.º 2 (2006), p. 149-155.
- SEQUEIRA, C. – *Cuidar de Idosos Dependentes*. Quarteto Editora, 2007.
- SEQUEIRA, C. – *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2010.
- SEQUEIRA, E.- *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado.
- SHYU, Y. – The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 32, n.º 3 (2000), p. 619-625.
- SILVA, A. P. – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. Vol. 55, n.º 1-2 (2007), p. 33-36.
- SILVA, R. – *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado.
- SÖDERHAMN, O. – Self-care ability in a group of elderly Swedish people: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science Ltd. Vol. 28, n.º 4 (1998), p. 745-753.
- SÖDERHAMN, O. – Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 7 (2000), p. 183-189.
- SÖDERHAMN, O. – Health and the Internal Structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 8 (2001), p. 67-71.
- SPAR, J; LA RUE, A – *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- STRECHER, V.; ROSENSTOCK, I. – The Health Belief Model. In BAUM, S. [et al.] - *Cambridge handbook of psychology and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. p. 111-134.

TANNER, C. – Teaching Clinical judgment. In: FITZ PATRICK, J.; TAUNTON, R. – *Annual Review of Nursing Research*. New York: Springer. 1987.

UMPHRED, D. – *Reabilitação Neurológica*. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2010.

VILELAS, J. – *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. 1.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Active ageing, a policy framework: a contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing*. Madrid: WHO, 2002.

ZELEZNIK, D. – *Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia*. 2007.

ANEXOS

ANEXO I

Operacionalização das variáveis em estudo

Operacionalização das variáveis do Formulário 1

Formulário 1		
Variáveis	Tipo	Valores
Sexo	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	⁽¹⁾ Masculino ⁽²⁾ Feminino
Idade	Quantitativa	Anos completos
Estado civil	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Casado/União de facto ⁽²⁾ Solteiro ⁽³⁾ Divorciado ⁽⁴⁾ Viúvo ⁽⁵⁾ Outros
Nível de escolaridade	Quantitativa	Anos completos
Situação profissional	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Trabalhador ativo ⁽²⁾ Reformado ⁽³⁾ Desempregado
Profissão	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Profissões das forças armadas ⁽²⁾ Representantes executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos ⁽³⁾ Especialistas das atividades intelectuais e científicas ⁽⁴⁾ Técnicos e profissões de nível intermédio ⁽⁵⁾ Pessoal administrativo ⁽⁶⁾ Pessoal dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores ⁽⁷⁾ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta ⁽⁸⁾ Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices ⁽⁹⁾ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem ⁽¹⁰⁾ Trabalhadores não qualificados
Motivo de internamento	Qualitativa, Nominal	Designação das doenças conforme a CID-10
Perceção da situação de dependência	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	⁽¹⁾ De novo ⁽²⁾ Anterior ao episódio de internamento
Tempo de dependência	Quantitativa	Anos completos Meses completos
Forma de instalação da dependência	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	⁽¹⁾ Súbita ⁽²⁾ Gradual
Situação que originou a dependência	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Envelhecimento ⁽²⁾ Acidente ⁽³⁾ Doença Aguda ⁽⁴⁾ Doença crónica ⁽⁵⁾ Outros
Uso de equipamento no autocuidado	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Ajuda de pessoa no	Qualitativa, Nominal,	⁽⁰⁾ Não

autocuidado		Dicotômica	⁽¹⁾ Sim
Dependência no(s) autocuidado(s)		Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ Dependente, não participa ⁽²⁾ Necessita de ajuda de pessoa ⁽³⁾ Necessita de equipamento ⁽⁴⁾ Completamente independente
Comunicação		Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Sem compromisso ⁽²⁾ Compromisso da comunicação expressiva ⁽³⁾ Compromisso da comunicação recetiva
Cognição		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Consciência		Quantitativa	Escala de Comas de Glasgow: Abertura dos olhos (de 1 a 4) Resposta verbal (de 1 a 5) Resposta motora (de 1 a 6) Varia entre 3 e 15
Desidratação		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Úlcera de pressão (UP)	Número de UP	Quantitativa	Número total de UP
	Local anatômico	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Região sagrada ⁽²⁾ Trocânter ⁽³⁾ Maléolo ⁽⁴⁾ Calcâneos ⁽⁵⁾ Outra
Amplitude do movimento articular		Quantitativa, Ordinal	⁽¹⁾ Compromisso total ⁽²⁾ Compromisso > a metade ⁽³⁾ Compromisso < a metade ⁽⁴⁾ Sem compromisso
Maceração		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Tónus muscular		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Força muscular		Qualitativa, Ordinal	⁽⁰⁾ Sem movimento ⁽¹⁾ Esboço de contração ⁽²⁾ Movimento mas não vence a gravidade ⁽³⁾ Movimento vence a gravidade ⁽⁴⁾ Movimento ativo que vence a resistência
Equilíbrio corporal		Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ Equilíbrio sentado com apoio ⁽²⁾ Equilíbrio sentado sem apoio ⁽³⁾ Equilíbrio de pé (estático) com apoio ⁽⁴⁾ Equilíbrio de pé (estático) sem apoio ⁽⁵⁾ Equilíbrio a andar com apoio ⁽⁶⁾ Equilíbrio a andar sem apoio
Consciencialização, Envolvimento, Tomada de decisão, Autoestima, Expetativa, Autoeficácia, Preocupação, Socialização, Crenças		Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ 1 ⁽²⁾ 2 ⁽³⁾ 3 ⁽⁴⁾ 4

de saúde, Recursos da comunidade		
Itens relativos ao perfil de autocuidado	Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ Discordo totalmente ⁽²⁾ Discordo parcialmente ⁽³⁾ Não concordo/Nem discordo ⁽⁴⁾ Concordo parcialmente ⁽⁵⁾ Concordo totalmente
Significados	Qualitativa	
Emoções	Qualitativa	
Sexo	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	⁽¹⁾ Masculino ⁽²⁾ Feminino
Idade	Quantitativa	Anos completos
Estado civil	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Casado/União de facto ⁽²⁾ Solteiro ⁽³⁾ Divorciado ⁽⁴⁾ Viúvo ⁽⁵⁾ Outros
Nível de escolaridade	Quantitativa	Anos completos
Situação profissional	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Trabalhador ativo ⁽²⁾ Reformado ⁽³⁾ Desempregado
Profissão	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Profissões das forças armadas ⁽²⁾ Representantes executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos ⁽³⁾ Especialistas das atividades intelectuais e científicas ⁽⁴⁾ Técnicos e profissões de nível intermédio ⁽⁵⁾ Pessoal administrativo ⁽⁶⁾ Pessoal dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores ⁽⁷⁾ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta ⁽⁸⁾ Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices ⁽⁹⁾ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem ⁽¹⁰⁾ Trabalhadores não qualificados
Parentesco entre o MFPC e a pessoa com dependência	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Cônjuge ⁽²⁾ Filho/Filha ⁽³⁾ Nora/Genro ⁽⁴⁾ Outros familiares ⁽⁵⁾ Não familiares de sangue
MFPC coabita	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Experiência anterior do MFPC	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Tempo de experiência do MFPC	Quantitativa	Em anos completos Em meses completos
O MFPC	Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ 1 ⁽²⁾ 2 ⁽³⁾ 3 ⁽⁴⁾ 4
Perfil de prestação de	Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ 1

cuidados do MFPC		⁽²⁾ 2 ⁽³⁾ 3 ⁽⁴⁾ 4
Destino após a alta	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Unidade de convalescença ⁽²⁾ Unidade de média duração ⁽³⁾ Unidade de longa duração ⁽⁴⁾ Domicílio ⁽⁵⁾ Lar ⁽⁶⁾ Família de acolhimento
Itens relativos ao juízo sobre o potencial de recuperação no autocuidado	Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ Dependente, não participa ⁽²⁾ Necessita de ajuda de pessoa ⁽³⁾ Necessita de equipamento ⁽⁴⁾ Completamente independente

Operacionalização das variáveis do Formulário 2

Formulário 2 (três meses após a alta)			
Variáveis		Tipo	Valores
Está no domicílio, participou da decisão, voltou a estar internado		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Onde está		Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Lar ⁽²⁾ Hospital ⁽³⁾ Casa de saúde ⁽⁴⁾ Unidade de Cuidados Continuados ⁽⁵⁾ Família de acolhimento ⁽⁶⁾ Outro
Nível de dependência por domínio de autocuidado 3 meses após		Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ Dependente, não participa ⁽²⁾ Necessita de ajuda de pessoa ⁽³⁾ Necessita de equipamento ⁽⁴⁾ Completamente independente
Desidratação		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Úlcera de pressão (UP)	Número de UP	Quantitativa	Número total de UP
	Local anatômico	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Região sagrada ⁽²⁾ Trocânter ⁽³⁾ Maléolo ⁽⁴⁾ Calcâneos ⁽⁵⁾ Outra
Anquilose		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Maceração		Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Equilíbrio corporal		Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ Equilíbrio sentado com apoio

		⁽²⁾ Equilíbrio sentado sem apoio ⁽³⁾ Equilíbrio de pé (estático) com apoio ⁽⁴⁾ Equilíbrio de pé (estático) sem apoio ⁽⁵⁾ Equilíbrio a andar com apoio ⁽⁶⁾ Equilíbrio a andar sem apoio
Parentesco novo MFPC	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Cônjuge ⁽²⁾ Filho/Filha ⁽³⁾ Nora/Genro ⁽⁴⁾ Outros familiares ⁽⁵⁾ Não familiares de sangue
Sexo novo MFPC	Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽¹⁾ Masculino ⁽²⁾ Feminino
Estado civil novo MFPC	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Casado/União de facto ⁽²⁾ Solteiro ⁽³⁾ Divorciado ⁽⁴⁾ Viúvo ⁽⁵⁾ Outros
Nível de escolaridade novo MFPC	Quantitativa	Anos completos
Situação profissional novo MFPC	Qualitativa, Nominal	⁽¹⁾ Trabalhador ativo ⁽²⁾ Reformado ⁽³⁾ Desempregado
Coabita novo MFPC	Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Experiência de tomar conta novo MFPC	Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Tempo de experiência novo MFPC	Quantitativa	Anos de experiência Meses de experiência
Auto eficácia do MFPC	Qualitativa, Ordinal	⁽¹⁾ 1 ⁽²⁾ 2 ⁽³⁾ 3 ⁽⁴⁾ 4
Treino/ preparação	Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Recursos utilizados	Qualitativa, Nominal, Dicotômica	⁽⁰⁾ Não ⁽¹⁾ Sim
Recursos utilizados: quantas vezes	Quantitativa	Número de vezes por semana
Recursos utilizados: quanto tempo	Quantitativa	Número de meses

ANEXO II

Formulário 1

FORMULÁRIO nº

A RECONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO

I. Caracterização da pessoa com dependência

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: (anos)

Estado civil: ☐ Casado/ União de facto ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Outros

Nível de escolaridade: (anos concluídos)

Situação profissional: ☐ Trabalhador ativo ☐ Reformado ☐ Desempregado

Profissão: _____

Motivo de internamento: _____

A perceção da situação de dependência (pessoa ou MFPC) é:

☐ De novo

☐ Anterior ao episódio de internamento

• **Tempo de dependência:** (anos) (meses)

• **Forma de instalação da dependência:** ☐ Súbita ☐ Gradual

• **Situação que originou a dependência**

☐ Envelhecimento

☐ Acidente

☐ Doença aguda

☐ Doença crónica

☐ Outra. Qual _____

• **Usava algum equipamento para o auxiliar nas atividades de autocuidado?** ☐ Sim ☐

Não

• **Tinha ajuda de alguém para o auxiliar nas atividades de autocuidado?** ☐ Sim ☐ Não

II. Avaliação do nível de dependência no autocuidado

(Assinalar em cada círculo a resposta que mais se adequa à pessoa com dependência nas atividades de autocuidado)

Caracterização da dependência anterior ao episódio de internamento - Δ

Caracterização da dependência actual - ☒

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
AUTOCUIDADO: Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtém objetos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Auto-elevar				
Levanta partes do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	○	○	○	○
AUTOCUIDADO: Andar				
Caminha de um modo eficaz	○	○	○	○
Caminha a um ritmo lento	○	○	○	○
Caminha a um ritmo moderado	○	○	○	○
Caminha a um ritmo acelerado	○	○	○	○

III. Fatores com potencial de influenciar a reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado

Comunicação

- ☐ Sem compromisso
- ☐ Compromisso da comunicação expressiva
- ☐ Compromisso da comunicação receptiva

Cognição

- Orientação relativamente a si ☐ Sim ☐ Não.
- Orientação relativamente aos outros ☐ Sim ☐ Não.
- Orientação relativamente ao espaço ☐ Sim ☐ Não.
- Orientação relativamente ao tempo ☐ Sim ☐ Não.
- Preservação da memória a curto prazo ☐ Sim ☐ Não.
- Preservação da memória a longo prazo ☐ Sim ☐ Não.

Consciência (Escala de Glasgow)

Score total _____

Abertura dos olhos	Espontânea	4
	À ordem verbal	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Desidratação

- ☐ Olhos encovados
- ☐ Pele seca
- ☐ Mucosas secas

Úlcera de pressão

Número total de úlceras de pressão: _____

Localização anatômica

- ☐ Região sagrada
- ☐ Trocânter
- ☐ Maléolo
- ☐ Calcâneos
- ☐ Outra. Qual? _____

Amplitude do movimento articular

Amplitude articular	Compromisso total	Compromisso > a metade	Compromisso < a metade	Sem compromisso
MSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MID	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Maceração

- ☐ Sim ☐ Não

Localização anatômica: _____

Tónus muscular

Há alteração do tónus muscular em algum dos segmentos corporais? ☐ Sim ☐ Não

Tónus muscular	MSE	MSD	MIE	MID
Hipotonicidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertonicidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Força muscular

Há alteração da força muscular em algum dos segmentos corporais? ☐ Sim ☐ Não

Força muscular	Sem movimento muscular voluntário visível	Esboço de contração visível ou palpável mas sem movimento	Movimenta a articulação, não vence a gravidade	Movimenta a articulação contra a gravidade, não vence a resistência	Movimentos activos contra a gravidade e resistência
MSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MID	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Equilíbrio corporal

- ☐ Mantém equilíbrio na posição de sentado com apoio
- ☐ Mantém equilíbrio na posição de sentado sem apoio
- ☐ Mantém equilíbrio na posição estática de pé com apoio
- ☐ Mantém equilíbrio na posição estática de pé sem apoio
- ☐ Mantém equilíbrio a andar com apoio
- ☐ Mantém equilíbrio a andar sem apoio

(Assinalar em cada círculo a resposta que mais se adequa à pessoa com dependência nas atividades de autocuidado, sendo 1- pior possível e 4 – melhor possível)

	1	2	3	4
Consciencialização				
Reconhece as limitações para o autocuidado tomar banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado vestir-se ou despir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado alimentar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado arranjar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado cuidar da higiene pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado auto-elevar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado usar o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado virar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado usar a cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhece as limitações para o autocuidado andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envolvimento				
Tem iniciativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questiona sobre a sua condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questiona sobre a evolução provável da sua condição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questiona sobre os recursos que pode utilizar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa vontade em participar nas atividades de autocuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa no desempenho das atividades de autocuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz planos para o futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa intenção de agir de acordo com o plano terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa intenção de procurar recursos necessários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomada de decisão				
Identifica informações relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifica alternativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifica potenciais consequências de cada alternativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifica recursos necessários para apoiar cada alternativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolhe entre alternativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procura ancorar a sua decisão na opinião das pessoas que lhe são significativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procura ancorar a sua decisão na opinião dos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa vontade em assumir responsabilidade face ao plano terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auto-estima				
Verbaliza auto-aceitação da sua condição atual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa sentimentos positivos em relação a si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expetativa				
Expressa expetativa de um futuro positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa sentido para a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabelece metas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auto-eficácia				
Quando não consegue realizar uma atividade de autocuidado à primeira insiste e continua a tentar até conseguir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se julga um aspecto relativo ao autocuidado muito complicado nem tenta realizá-lo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se capaz de desempenhar as atividades relativas ao autocuidado apesar das limitações que apresenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenta aprender alguma coisa nova, se não obtém logo sucesso desiste facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não desiste facilmente de realizar as atividades de autocuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente insegurança nas suas capacidades para realizar as atividades de autocuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa acreditar na sua capacidade de desempenhar ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupação				
Expressa preocupação face à evolução da sua condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa preocupação face aos recursos disponíveis (equipamentos e instituições)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa preocupação face à disponibilidade de apoio da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa preocupação face aos recursos económicos que tem/terá no futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialização				
Expressa vontade de manter/retomar as relações sociais que lhe são significativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressa apreensão relativamente a eventuais compromissos nas relações sociais que lhe são significativas decorrentes da sua nova condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Crenças de saúde				
Perceciona que os comportamentos que integram o plano terapêutico requerem esforço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceciona a possibilidade das atividades do plano terapêutico se manterem ao longo do tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recursos da comunidade				
Tem conhecimento para a utilização de produtos de apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É capaz de utilizar de produtos de apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem conhecimento sobre recursos institucionais na comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem acessibilidade aos recursos da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem conhecimento dos recursos de profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem acessibilidade aos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Assinalar em cada círculo a resposta que mais se adequa à pessoa com dependência nas atividades de autocuidado)

Perfil de autocuidado	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo / Nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Ainda me sinto relativamente novo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me relativamente saudável apesar de tomar medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu quero ser responsável pelo meu plano terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulto profissionais de saúde, assim que sinto necessidade de ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha cooperação com os médicos é natural e de igual para igual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumpro obedientemente o plano terapêutico prescrito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumpro o plano terapêutico, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredito que o plano terapêutico que me foi prescrito é o melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesmo ao envelhecer sinto-me avançar na vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho apenas que me adaptar á ideia de envelhecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À medida que envelheço, tenho que abdicar das coisas que já não consigo fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente/dependente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que já não sirvo para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho medo do futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Significados

Qual o significado que atribui

- a) À condição de saúde _____
- b) À dependência _____
- c) À dependência de outros _____
- d) Ao uso de produtos/equipamentos de apoio _____

Emoções manifestadas

IV. Caracterização do membro da família prestador de cuidados (MFPC)

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: (anos)

Estado civil: ☐ Casado/ União de facto ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Outros

Nível de escolaridade: (anos concluídos)

Situação profissional: ☐ Trabalhador ativo ☐ Reformado ☐ Desempregado

Profissão: _____

Parentesco: ☐ Cônjuge ☐ Filho/Filha ☐ Nora/Genro ☐ Outros familiares
☐ Não familiar de sangue

O MFPC coabita com a pessoa dependente? ☐ Sim ☐ Não

O MFPC tem experiência anterior de tomar conta?

☐ Sim. Há quanto tempo? (anos) (meses)

☐ Não

(Assinalar em cada círculo a resposta que mais se adequa ao MFPC da pessoa com dependência nas atividades de autocuidado, sendo 1- pior possível e 4 – melhor possível)

	1	2	3	4
O MFPC				
O MFPC tem perceção das exigências decorrentes do tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC tem conhecimentos sobre os cuidados diretos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC tem conhecimentos sobre como aceder e utilizar os recursos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC tem conhecimentos sobre como detetar e atuar face às alterações da condição de saúde do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC tem capacidade física para tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC tem capacidade de aprendizagem para tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC está consciencializado das mudanças que decorrem do tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC está envolvido no processo de tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC está disponível para tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC tem perceção dos seus recursos económicos face às exigências do tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC planeia antecipadamente as tarefas necessárias para tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O MFPC procura antecipadamente os recursos necessários para tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado tomar banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado vestir-se ou despir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado alimentar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado arranjar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado cuidar da higiene pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado auto-elevar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado virar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar a cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perfil de prestação de cuidados do MFPC				
Promotor de autonomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substituição nas actividades de autocuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Destino do doente após a alta hospitalar

- ☐ Unidade de convalescença (RNCCI)
- ☐ Unidade de média duração (RNCCI)
- ☐ Unidade de longa duração (RNCCI)
- ☐ Domicilio
- ☐ Lar
- ☐ Família de acolhimento

V – Juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução da autonomia
(emitido no momento da alta)

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
AUTOCUIDADO: Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtém objetos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Auto-elevar				
Levanta partes do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCAUIDADO: Andar				
Caminha de um modo eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminha a um ritmo lento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminha a um ritmo moderado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminha a um ritmo acelerado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obrigado pela sua participação

Formulário 2

ENTREVISTA nº

A RECONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO

Guião da entrevista telefónica – três meses após o internamento hospitalar

Está disposto(a) a responder, neste momento, a um conjunto de perguntas que no máximo demorará 15 a 20 minutos.

☐ Sim ☐ Não

Se este não for o melhor momento posso ligar mais tarde?

Este questionário é anónimo e confidencial. Ao questionário será associado um número, assim o seu nome nunca será referenciado no estudo.

I. Situação atual da pessoa com dependência

Está no domicílio? ☐ Sim ☐ Não

Se não está no domicílio, onde está?

☐ Lar ☐ Hospital ☐ Casa de saúde ☐ Unidade Cuidados Continuados

☐ Família de acolhimento ☐ Outro. Qual? _____

A pessoa participou dessa decisão? ☐ Sim ☐ Não

Já voltou a estar internado? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantas vezes? _____

Porquê? _____

II. Avaliação do nível de dependência no autocuidado da pessoa

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
AUTOCUIDADO: Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtém objetos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquiagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Auto-elevar				
Levanta partes do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUTOCUIDADO: Andar				

Caminha de um modo eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminha a um ritmo lento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminha a um ritmo moderado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminha a um ritmo acelerado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. Compromissos nos processos corporais

Desidratação

- ☐ Olhos encovados
- ☐ Pele seca
- ☐ Mucosas secas

Úlcera de pressão

Número total de úlceras de pressão: _____

Localização anatómica

- ☐ Região sagrada
- ☐ Trocânter
- ☐ Maléolo
- ☐ Calcâneos
- ☐ Outra. Qual? _____

Anquilose

- ☐ Sim ☐ Não

Localização anatómica _____

Maceração

- ☐ Sim ☐ Não

Localização anatómica: _____

Equilíbrio corporal

- ☐ Mantém equilíbrio na posição de sentado com apoio
- ☐ Mantém equilíbrio na posição de sentado sem apoio
- ☐ Mantém equilíbrio na posição estática de pé com apoio
- ☐ Mantém equilíbrio na posição estática de pé sem apoio
- ☐ Mantém equilíbrio a andar com apoio
- ☐ Mantém equilíbrio a andar sem apoio

IV. Assistência do MFPC à pessoa com dependência

Ainda necessita de prestador de cuidados? ☐ Sim ☐ Não

O MFPC é o mesmo que no momento da alta? ☐ Sim ☐ Não (se respondeu Não)

Quem é o novo MFPC?: ☐ Cônjuge ☐ Filho/Filha ☐ Nora/Genro
☐ Outros familiares ☐ Não familiar de sangue

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: (anos)

Estado civil: ☐ Casado/ União de facto ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Outros

Nível de escolaridade: (anos concluídos)

Situação profissional: ☐ Trabalhador ativo ☐ Reformado ☐ Desempregado

Profissão: _____

O MFPC coabita com a pessoa dependente?: ☐ Sim ☐ Não

O novo MFPC tem experiência anterior de tomar conta?

☐ Sim. Há quanto tempo? (anos) (meses)

☐ Não

Que equipamentos usa o MFPC? _____

(Assinalar em cada círculo a resposta que mais se adequa ao MFPC da pessoa com dependência nas atividades de autocuidado, sendo 1- pior possível e 4- melhor possível)

	1	2	3	4
Auto-eficácia do MFPC para tomar conta				
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado tomar banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado vestir-se ou despir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado alimentar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado arranjar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado cuidar da higiene pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado auto-elevar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado usar o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sanitário				
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado virar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado usar a cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O MFPC considera-se competente para assistir a pessoa dependente no autocuidado andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V. Percurso assistencial da pessoa com dependência no autocuidado

Teve algum tipo de treino/preparação para se tornar mais independente?

- ☐ Sim. Efectuado por quem? _____
- ☐ Não

Utilizou algum destes recursos?

Procura de informação? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual? _____

Recursos Institucionais da comunidade? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual? _____

Recursos profissionais:

Apoio domiciliário? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantas vezes/semana? _____

Durante quanto tempo? _____ (meses)

Visita domiciliária de enfermagem? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantas vezes/semana? _____

Durante quanto tempo? _____ (meses)

Cuidados de enfermagem de reabilitação? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantas vezes/semana? _____

Durante quanto tempo? _____ (meses)

Cuidados de fisioterapia? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantas vezes/semana? _____

Durante quanto tempo? _____ (meses)

Obrigada pela sua participação.

ANEXO III

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DO VARZIM/VILA CONDE, E.
SECRETARIADO DO C.A.

Ex.mo. Sr. Presidente

Do Conselho de Administração do

REGISTO Nº 482 22.02.2012

Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde

Gáspar Reis
Presidente do C.A.

22.FEV.2012

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação

Eu, Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel, enfermeira, com a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer funções no Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde – Unidade de Vila do Conde, serviço de Medicina Mulheres e a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar a V^a. Exa. autorização para a recolha de dados, por meio da aplicação de um formulário, a pessoas dependentes no autocuidado e seus familiares cuidadores, que se encontrem internados nos serviços de Medicina Mulheres e Medicina Homens.

Este estudo enquadra-se no projeto de investigação que tenho em desenvolvimento no âmbito daquele mestrado, projeto que tem por finalidade estudar os *“Fatores envolvidos no processo de tomada de decisão clínica dos enfermeiros para avaliar o potencial de reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado”*.

Desta forma, o desenho do estudo compreende, numa primeira fase, a aplicação de um formulário a pessoas dependentes no autocuidado e seus familiares cuidadores, da área de abrangência deste hospital (o instrumento de recolha de dados a utilizar segue em anexo).

Desde já assumo que todos os princípios éticos e deontológicos serão integralmente respeitados.

Agradeço toda a colaboração disponibilizada por essa instituição na colaboração de mais um trabalho que visa acima de tudo a melhoria dos cuidados de saúde prestados às pessoas dependentes, em particular a melhoria da qualidade de vida da pessoa dependente e do seu cuidador, assim como colaborar para a melhoria da qualidade científica dos cuidados de enfermagem.

Acresce que me encontro totalmente disponível para esclarecer qualquer dúvida relativa a este pedido.

Sem outro assunto, certa da V^a maior compreensão, despeço-me respeitosamente.

Pede deferimento,

Vila do Conde, 20 de Fevereiro de 2012

Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel

(Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel)

Dr. Gil da Costa
Director Clínico

Clarisse Mendes
Enfermeira Directora

Manuel Carvalho
Vogal do CA

14. FEB 2012

ANEXO IV

Parecer favorável do presidente da ESEP para a utilização do “Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado”

FW: Pedido de autorização para utilizar o instrumento de avaliação da dependência no autocuidado

ESEP - Secretariado (secretariado@esenf.pt)

16:05

Para: ep3352@esenf.pt



De: Secretariado [mailto:secretariado@esenf.pt]

Enviada: quarta-feira, 9 de Maio de 2012 11:16

Para: 'ep3352@esenf.pt'

Assunto: Pedido de autorização para utilizar o instrumento de avaliação da dependência no autocuidado

Importância: Alta

Exma. Senhora

Enf. Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel

Em referência ao assunto em epígrafe, cumpre-nos informar do despacho do Presidente, exarado sobre o mesmo:

Despacho Presidente

Face ao parecer do coordenador do projeto, autorizo.

Com os melhores cumprimentos.

Teresa Teixeira

(Coordenadora Técnica)
Secretariado

Email secretariado@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

<http://portal.esenf.pt>

ANEXO V

Agregação das variáveis do instrumento de colheita de dados

A. Conscientização das limitações para o autocuidado

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização da conscientização das limitações para o autocuidado, por parte da pessoa com dependência no autocuidado

Componente Matrix

Conscientização das limitações para o autocuidado	1 Fator
Reconhece as limitações para o autocuidado tomar banho	0,957
Reconhece as limitações para o autocuidado vestir-se ou despir-se	0,957
Reconhece as limitações para o autocuidado alimentar-se	0,841
Reconhece as limitações para o autocuidado arranjar-se	0,935
Reconhece as limitações para o autocuidado cuidar da higiene pessoal	0,965
Reconhece as limitações para o autocuidado auto-elevar	0,935
Reconhece as limitações para o autocuidado usar o sanitário	0,972
Reconhece as limitações para o autocuidado transferir-se	0,934
Reconhece as limitações para o autocuidado virar-se	0,965
Reconhece as limitações para o autocuidado andar	0,932
% de Variância 88,38%	

(*) Ignorando o item "Reconhece as limitações para o autocuidado usar a cadeira de rodas"

Síntese – Foi adotada a estrutura de fatores, resultante do processo de análise fatorial exploratória.

B. Envolvimento da pessoa dependente

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização do envolvimento, por parte da pessoa com dependência no autocuidado

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,88

Componente Matrix

Envolvimento	1 Fator
Tem iniciativa	0,885
Questiona sobre a sua condição de saúde	0,865
Questiona sobre a evolução provável da sua condição	0,875
Questiona sobre os recursos que pode utilizar	0,874
Expressa vontade em participar nas atividades de autocuidado	0,911
Participa no desempenho das atividades de autocuidado	0,915
Faz planos para o futuro	0,827
Expressa intenção de agir de acordo com o plano terapêutico	0,885
Expressa intenção de procurar recursos necessários	0,923
% de Variância 78,29%	

Síntese – Foi adotada a estrutura de fatores, resultante do processo de análise fatorial exploratória.

C. Tomada de decisão

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização da tomada de decisão, por parte da pessoa com dependência no autocuidado

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,86

Rotação Componente Matrix

Tomada de decisão	Fatores	
	1	2
Identifica informações relevantes	0,811	0,367
Identifica alternativas	0,918	0,288
Identifica potenciais consequências de cada alternativa	0,955	0,210
Identifica recursos necessários para apoiar cada alternativa	0,915	0,263
Escolhe entre alternativas	0,883	0,312
Procura ancorar a sua decisão na opinião das pessoas que lhe são significativas	0,245	0,940
Procura ancorar a sua decisão na opinião dos profissionais	0,250	0,948
Expressa vontade em assumir responsabilidade face ao plano terapêutico	0,595	0,667
	% de variância 73,92%	% de variância 15,59%

Síntese – Foi adotada a estrutura de componentes que a seguir se apresenta, fruto da ponderação da análise fatorial exploratória e de critérios teóricos:

Tomada de decisão	
Tomada de decisão autônoma	Identifica informações relevantes
	Identifica alternativas
	Identifica potenciais consequências de cada alternativa
	Identifica recursos necessários para apoiar cada alternativa
	Escolhe entre alternativas
	Expressa vontade em assumir responsabilidade face ao plano terapêutico
Tomada de decisão apoiada	Procura ancorar a sua decisão na opinião das pessoas que lhe são significativas
	Procura ancorar a sua decisão na opinião dos profissionais

D. Autoeficácia

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização da autoeficácia, por parte da pessoa com dependência no autocuidado

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,92

Componente Matrix

Autoeficácia	1 Fator
Quando não consegue realizar uma atividade de autocuidado à primeira insiste e continua a tentar até conseguir	0,905
Se julga um aspeto relativo ao autocuidado muito complicado nem tenta realizá-lo	0,893
Sente-se capaz de desempenhar as atividades relativas ao autocuidado apesar das limitações que apresenta	0,947
Quando tenta aprender alguma coisa nova, se não obtém logo sucesso desiste facilmente	0,919
Não desiste facilmente de realizar as atividades de autocuidado	0,929
Sente insegurança nas suas capacidades para realizar as atividades de autocuidado	0,872
Expressa acreditar na sua capacidade de desempenhar ações	0,813
% de Variância 80,63%	

Síntese – Foi adotada a estrutura de fatores, resultante do processo de análise fatorial exploratória.

E. Preocupação

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização da preocupação, por parte da pessoa com dependência no autocuidado

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,69

Componente Matrix

Preocupação	1 Fator
Preocupação face à evolução da sua condição de saúde	0,868
Preocupação face aos recursos disponíveis (equipamentos e instituições)	0,960
Preocupação face à disponibilidade de apoio da família	0,808
Preocupação face aos recursos económicos que tem/terá no futuro	0,914
% de Variância 79,1%	

Síntese – Foi adotada a estrutura de componentes que a seguir se apresenta, fruto da ponderação da análise fatorial exploratória e de critérios teóricos:

Preocupação	
<i>Preocupação com a evolução da saúde</i>	Expressa preocupação face à evolução da sua condição de saúde
<i>Preocupação com o apoio</i>	Expressa preocupação face aos recursos disponíveis (equipamentos e instituições) Expressa preocupação face á disponibilidade de apoio da família Expressa preocupação face aos recursos económicos que tem/terá no futuro

F. Recursos da comunidade

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização do conhecimento e acesso aos recursos da comunidade, por parte da pessoa com dependência no autocuidado

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,80

Rotação de Componente Matrix

Recursos da comunidade	Fatores			
	1	2	3	4
Conhecimento para a utilização de produtos de apoio	0,263	0,367	0,876	0,168
É capaz de utilizar produtos de apoio	0,343	0,374	0,598	0,620
Tem conhecimento sobre recursos institucionais na comunidade	0,337	0,836	0,367	0,179
Tem acessibilidade aos recursos na comunidade	0,877	0,354	0,242	0,157
Tem conhecimento dos recursos de profissionais de saúde	0,401	0,839	0,299	0,166
Tem acessibilidade aos profissionais de saúde	0,910	0,291	0,222	0,138
	% de Variância 77,83%	% de Variância 11,6%	% de Variância 6,91%	% de Variância 2,3%

Síntese – Foi adotada a estrutura de fatores que a seguir se apresenta, resultante do processo de análise fatorial exploratória.

Recursos da comunidade	
Fator 1 “Acessibilidade aos serviços de apoio”	Tem acessibilidade aos recursos da comunidade Tem acessibilidade aos profissionais de saúde
Fator 2 “Conhecimento sobre serviços de apoio”	Tem conhecimento sobre recursos institucionais na comunidade Tem conhecimento dos recursos de profissionais de saúde
Fator 3 “Conhecimento sobre produtos de apoio”	Tem conhecimento para a utilização de produtos de apoio
Fator 4 “Capacidade para usar produtos de apoio”	É capaz de utilizar produtos de apoio

G. Dimensões do perfil de autocuidado

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização do perfil de autocuidado, por parte da pessoa com dependência no autocuidado

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,67

Rotação Componente Matrix

Perfil de Autocuidado	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
Ainda me sinto relativamente novo	0,663	-0,530	-0,038	0,223	0,032	0,101
Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	0,740	-0,472	-0,048	0,284	-0,082	0,067
Considero-me relativamente saudável apesar de tomar medicamentos	0,716	-0,221	-0,298	0,367	-0,203	-0,061
Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo	0,807	-0,261	0,068	0,171	-0,069	-0,014
A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	-0,764	0,040	0,046	-0,037	0,016	0,348
Eu quero ser responsável pelo meu plano terapêutico	0,196	-0,109	0,322	0,242	0,540	-0,320
Consulto profissionais de saúde, assim que sinto necessidade de ajuda	0,174	0,068	0,744	0,035	0,253	0,058
A minha cooperação com os médicos é natural e de igual para igual	-0,170	0,021	0,844	-0,084	0,074	-0,044
Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	0,178	-0,016	0,208	0,150	-0,074	-0,754
Cumpro obedientemente o plano terapêutico prescrito	-0,070	0,355	0,793	-0,151	0,126	-0,233
Cumpro o plano terapêutico por minha iniciativa, quando sinto que preciso	-0,008	-0,200	-0,711	0,282	-0,028	-0,113
Acredito que o plano	-0,241	0,151	0,819	0,008	0,000	-0,212

terapêutico que me foi prescrito é o melhor						
Ainda sou capaz de cuidar de mim	0,499	-0,044	-0,017	0,713	0,166	-0,177
Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	0,015	0,324	-0,033	-0,132	-0,224	0,690
Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes	0,531	-0,007	-0,014	0,628	0,281	0,118
Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida	-0,099	-0,318	0,255	0,412	0,499	-0,058
Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	-0,009	0,105	0,233	0,023	0,847	0,190
À medida que envelheço, passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas	-0,010	0,321	0,312	-0,430	-0,078	0,298
Tenho apenas que me adaptar à ideia de envelhecer	-0,183	0,767	0,273	-0,034	-0,020	0,152
À medida que envelheço tenho que abdicar das coisas que já não consigo fazer	-0,203	0,816	0,122	-0,178	0,183	0,178
Na velhice tenho que deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	-0,119	0,827	0,027	-0,198	0,076	0,113
Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	-0,212	0,804	0,315	-0,048	0,008	-0,042
Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	0,233	-0,259	-0,114	0,778	0,049	-0,107
Estou dependente da ajuda da minha família e amigos	-0,167	0,209	0,126	-0,833	0,162	0,189
Vou continuar a viver em minha casa mesmo que fique muito doente/dependente	-0,106	0,276	-0,056	-0,036	0,766	-0,271
Sinto que já não sirvo para nada	-0,538	0,062	0,151	-0,432	-0,277	0,448
Tenho medo do futuro	-0,501	-0,056	0,259	-0,542	-0,187	0,024
	% de Variância	% de Variância	% de Variância	% de Variância	% de Variância	% de Variância
	32,42%	15,78%	8,47%	7,42%	5,49%	4,24%

Síntese - foi adotada a estrutura de componentes que a seguir se apresenta, fruto da ponderação da análise fatorial exploratória e de critérios teóricos:

Perfil de autocuidado	
Dimensão 1 “Condição de saúde”	Ainda me sinto relativamente novo
	Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida
	Considero-me relativamente saudável apesar de tomar medicamentos
	Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo
Dimensão 2 “Atitude de resignação face ao envelhecimento”	À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas
	Tenho apenas que me adaptar à ideia de envelhecer
	À medida que envelheço, tenho que abdicar das coisas que já não consigo fazer
	Na velhice tenho que deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades
	Estou dependente da ajuda da minha família e amigos
Dimensão 3 “Atitude positiva face ao plano terapêutico”	Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva
	Eu quero ser responsável pelo meu plano terapêutico
	Consulto profissionais de saúde, assim que sinto necessidade de ajuda
	A minha cooperação com os médicos é natural e de igual para igual
	Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa
	Cumpro obedientemente o plano terapêutico prescrito
Dimensão 4 “Atitude independente face ao autocuidado”	Acredito que o plano terapêutico que me foi prescrito é o melhor
	Cumpro o plano terapêutico, por minha iniciativa, quando sinto que preciso
	Eu ainda sou capaz de cuidar de mim
	Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes
	Mesmo ao envelhecer sinto-me avançar na vida
Dimensão 5 “Confiança face ao futuro”	Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém
	Estou confiante face no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim
Dimensão 6 “Atitude de abandono face ao autocuidado”	Vou continuar a viver em minha casa mesmo que fique muito doente/dependente
	A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde
	Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias
	Sinto que já não sirvo para nada
	Tenho medo do futuro

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização dos aspetos relativos ao MFPC da pessoa com dependência no autocuidado

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,89

Rotação Componente Matrix

MFPC	Fatores	
	1	2
Perceção das exigências decorrentes do tomar conta	0,693	0,404
Conhecimentos sobre os cuidados diretos	0,733	0,550
Conhecimentos sobre como aceder e utilizar os recursos	0,811	0,350
Conhecimentos sobre como detetar e atuar face às alterações da condição de saúde do doente	0,754	0,458
Capacidade física para tomar conta	0,824	-0,042
Capacidade de aprendizagem para tomar conta	0,860	0,222
Consciencializado das mudanças que decorrem do tomar conta	0,565	0,742
Envolvido no processo de tomar conta	0,516	0,773
Disponível para tomar conta	-0,052	0,841
Perceção dos seus recursos económicos face às exigências do tomar conta	0,481	0,704
Planeia antecipadamente as tarefas necessárias para tomar conta	0,608	0,435
Procura antecipadamente os recursos necessários para tomar conta	0,817	0,358
	% de Variância	% de Variância
	65,11%	10,2%

Síntese - foi adotada a estrutura de componentes que a seguir se apresenta, fruto da ponderação da análise fatorial exploratória e de critérios teóricos

MFPC	
Dimensão 1 "Consciencialização do MFPC"	O MFPC tem perceção das exigências decorrentes do tomar conta
	O MFPC está consciencializado das mudanças que decorrem do tomar conta
	O MFPC tem perceção dos seus recursos económicos face às exigências do tomar conta
Dimensão 2 "Conhecimentos e capacidades do MFPC"	O MFPC tem conhecimento sobre os cuidados diretos
	O MFPC tem conhecimento sobre como aceder e utilizar os recursos
	O MFPC tem conhecimento sobre como detetar e atuar face às alterações da condição de saúde do doente
	O MFPC tem capacidade física para tomar conta

	O MFPC tem capacidade de aprendizagem para tomar conta
Dimensão 3 “Envolvimento do MFPC”	O MFPC está envolvido no processo de tomar conta
	O MFPC está disponível para tomar conta
	O MFPC planeia antecipadamente as tarefas necessárias para tomar conta
	O MFPC procura antecipadamente os recursos necessários para tomar conta

Análise fatorial exploratória sobre os itens do instrumento de caracterização da percepção de autoeficácia do MFPC

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,87

Component Matrix

Percepção de autoeficácia do MFPC	1 Fator
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: tomar banho	0,565
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: vestir-se ou despir-se	0,932
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: alimentar-se	0,761
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: arranjar-se	0,922
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: cuidar da higiene pessoal	0,925
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: auto elevar	0,906
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: usar o sanitário	0,932
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: transferir-se	0,913
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: virar-se	0,926
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado: andar	0,884
% de variância 76,36%	

(*) Ignorando o item “O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar a cadeira de rodas”

Síntese – Foi adotada a estrutura de fatores, resultante do processo de análise fatorial exploratória.

ANEXO VI

Instrumentos de caracterização das variáveis compostas por dois ou três itens

Instrumento de caracterização da “autoestima”

Autoestima
Verbaliza autoaceitação da sua condição atual
Expressa sentimentos positivos em relação a si

Instrumento de caracterização da “expetativa”

Expetativa
Expressa expetativa de um futuro positivo
Expressa sentido para a vida
Estabelece metas

Instrumento de caracterização da “socialização”

Socialização
Expressa vontade de manter/retomar as relações sociais que lhe são significativas
Expressa apreensão relativamente a eventuais compromissos nas relações sociais que lhe são significativas decorrentes da sua nova condição de saúde

Instrumento de caracterização das “crenças de saúde”

Crenças de saúde
Perceciona que os comportamentos que integram o plano terapêutico requerem esforço
Perceciona a possibilidade das atividades do plano terapêutico se manterem ao longo do tempo

ANEXO VII

Estatística de *alfa de Cronbach*

***Alfas de Cronbach* das (sub)escalas de avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado**

Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado	Número de itens	<i>alfa de Cronbach</i>
Tomar banho	9	0,963
Vestir-se e despir-se	15	0,968
Alimentar-se	10	0,967
Arranjar-se	3	0,728
Cuidar da higiene pessoal	6	0,964
Uso do sanitário	6	0,967
Transferir-se	2	1,000
Auto elevar	1	-
Virar-se	1	-
Usar cadeira de rodas	3	-
Andar	4	0,816

***Alfas de Cronbach* dos instrumentos de caracterização das principais variáveis que resultaram dos procedimentos de agregação empreendidos sobre os itens originais do formulário, relativos à:**

- “Consciencialização das limitações no autocuidado”,
- “Envolvimento”,
- “Tomada de decisão”,
- “Autoestima”,
- “Expetativas”,
- “Autoeficácia”,
- “Preocupação”,
- “Socialização”,
- “Crenças de saúde”,
- “Recursos de apoio”
- “Perfil de autocuidado”

Instrumentos de avaliação dos condicionalismos da pessoa com dependência	Número de itens	<i>alfa de Cronbach</i>
Consciencialização das limitações no autocuidado	10*	0,985
Envolvimento	9	0,965
Tomada de decisão autónoma	6	0,960

Tomada de decisão apoiada	2	0,966
Autoestima	2	0,772
Expetativa	3	0,947
Autoeficácia	7	0,955
Preocupação com a evolução da saúde	1	-
Preocupação com o apoio	3	0,897
Socialização	2	0,638
Crenças de saúde	2	0,970
Acessibilidade aos serviços de apoio	2	0,977
Conhecimento sobre os serviços de apoio	2	0,977
Capacidade para usar produtos de apoio	1	-
Conhecimento sobre produtos de apoio	1	-
Condição de saúde	4	0,916
Atitude de resignação face ao envelhecimento	6	0,850
Atitude positiva face ao plano terapêutico	6	0,781
Atitude independente face ao autocuidado	5	0,714
Confiança face ao futuro	2	0,729
Atitude de abandono face ao autocuidado	4	0,706

(*) ignorado o item “reconhece as limitações para o autocuidado usar a cadeira de rodas”

Alfas de Cronbach dos instrumentos de caracterização das principais variáveis que resultaram dos procedimentos de agregação empreendida sobre os itens originais do formulário, relativos à:

- “Consciencialização do MFPC”
- “Conhecimento e capacidades do MFPC”
- “Envolvimento do MFPC”
- “Perceção de autoeficácia do MFPC”

Instrumentos de caracterização do MFPC da pessoa com dependência	Número de itens	<i>alfa</i> de Cronbach
Consciencialização do MFPC	3	0,872
Conhecimentos e capacidades do MFPC	5	0,915
Envolvimento do MFPC	4	0,794
Perceção de autoeficácia do MFPC	10*	0,963

(*)ignorando o item “O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar a cadeira de rodas”

ANEXO VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

“Potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório sobre a sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta”

Eu, abaixo-assinado _____, fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado, visa contribuir para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de um formulário/entrevista, realizada por uma enfermeira do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à minha identificação são confidenciais. Compreendi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que entendi necessárias.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que nenhum tipo de penalização resulte por este facto. Acresce que, se entender, mesmo depois de terminada a “entrevista”, posso a qualquer momento contactar a investigadora/enfermeira indicando a minha indisponibilidade para que os dados relativos ao meu caso sejam utilizados no estudo.

Autorizo a divulgação dos resultados no meio científico, desde que garantido o anonimato.

Nome do participante: _____/____/_____

Nome do investigador: Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel _____/____/_____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PRESTADOR DE CUIDADOS

“Potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório sobre a sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta”

Eu, abaixo-assinado _____, fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado, visa contribuir para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de um formulário/entrevista, realizada por uma enfermeira do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à minha identificação são confidenciais. Compreendi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que entendi necessárias.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que nenhum tipo de penalização resulte por este facto. Acresce que, se entender, mesmo depois de terminada a “entrevista”, posso a qualquer momento contactar a investigadora/enfermeira indicando a minha indisponibilidade para que os dados relativos ao meu caso sejam utilizados no estudo.

Autorizo a divulgação dos resultados no meio científico, desde que garantido o anonimato.

Nome do MFPC participante: _____ / /

Nome do investigador: Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel _____ / /

ANEXO IX

Situação de dependência no autocuidado

Variáveis da situação de dependência	N	(%)
Percepção da situação de dependência		
De novo	39	65%
Anterior ao episódio de internamento	21	35%
Forma de instalação da dependência		
Súbita	40	66,7 %
Gradual	20	33,3 %
Situação que originou a dependência		
Envelhecimento	4	6,7 %
Acidente	1	1,7 %
Doença aguda	41	68,3 %
Doença crónica	14	23,3 %
Equipamentos para auxiliar nas atividades de autocuidado		
Não	42	70%
Sim	18	30%
Ajuda de pessoas nas atividades de autocuidado		
Não	39	65 %
Sim	21	35 %

ANEXO X

Tipo de doença que motivou o internamento hospitalar

Tipo de doença que motivou o internamento hospitalar	N	(%)
IX. Doenças do aparelho circulatório	42	71,4%
X. Doenças do sistema respiratório	5	8,5%
VI. Doenças do sistema nervoso	3	5,1%
XI. Doenças do sistema digestivo	3	5,1%
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	3,4%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	3,4%
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	1,7%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1,7%
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	1,7%

ANEXO XI

Profissão do membro da família prestador de cuidados

Profissão do MFPC	N	(%)
Técnicos e profissões de nível intermédio	13	28,3%
Pessoal administrativo	8	17,4%
Pessoal dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	1	2,2%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3	6,5%
Trabalhadores não qualificados	21	45,7%

ANEXO XII

Nível e tipo de dependência nos vários domínios do autocuidado, no momento da alta

Domínio de autocuidado / Itens				
Autocuidado: tomar banho	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Entra e sai do chuveiro	42 (70%)	13 (21,7%)	4 (6,7%)	1 (1,7%)
Obtém objetos para o banho	39 (65%)	19 (31,7%)	-	2 (3,3%)
Consegue água	38 (63,3%)	19 (31,7%)	-	3 (5%)
Abre a torneira	39 (65%)	16 (26,7%)	-	5 (8,3%)
Regula a temperatura da água	39 (65%)	17 (28,3%)	-	4 (6,7%)
Regula o fluxo da água	39 (65%)	17 (28,3%)	-	4 (6,7%)
Lava-se no chuveiro	42 (70%)	18 (30%)	-	-
Lava o corpo	42 (70%)	18 (30%)	-	-
Seca o corpo	42 (70%)	17 (28,3%)	1 (1,7%)	-
Nível global de dependência no autocuidado: tomar banho Média – 1,8; DP– 0,7; Mediana – 1,75				
Autocuidado: vestir-se ou despir-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Escolhe as roupas	38 (63,3%)	20 (33,3%)	-	2 (3,3%)
Retira as roupas da gaveta e do armário	42 (70%)	17 (28,3%)	-	1 (1,7%)
Segura as roupas	34 (56,7%)	12 (20%)	-	14 (23,3%)
Veste as roupas na parte superior do corpo	36 (60%)	23 (38,3%)	-	1 (1,7%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	36 (60%)	23 (38,3%)	-	1 (1,7%)
Despe as roupas na parte superior do corpo	35 (58,3%)	24 (40%)	-	1 (1,7%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	36 (60%)	23 (38,3%)	-	1 (1,7%)
Abotoa as roupas	36 (60%)	20 (33,3%)	1 (1,7%)	3 (5%)
Desabotoa as roupas	36 (60%)	20 (33,3%)	1 (1,7%)	3 (5%)
Usa cordões para amarrar	38 (63,3%)	19 (31,7%)	-	3 (5%)
Usa fechos	36 (60%)	21 (35%)	-	3 (5%)
Calça as meias	39 (65%)	21 (35%)	-	-
Descalça as meias	36 (60%)	18 (30%)	-	6 (10%)
Calça os sapatos	38 (63,3%)	22 (36,7%)	-	-
Descalça os sapatos	35 (58,3%)	18 (30%)	-	7 (11,7%)
Nível global de dependência no autocuidado: vestir-se ou despir-se Média - 1,49; DP – 0,62; Mediana – 1				
Autocuidado: alimentar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Prepara os alimentos para a ingestão	50 (83,3%)	8 (13,3%)	-	2 (3,3%)
Abre recipientes	41 (68,3%)	16 (26,7%)	-	3 (5%)
Utiliza utensílios	16 (26,7%)	21 (35%)	4 (6,7%)	19 (31,7%)
Coloca os alimentos nos utensílios	15 (25%)	19 (31,7%)	4 (6,7%)	22 (36,7%)
Pega no copo ou chávena	14 (23,3%)	17 (28,3%)	4 (6,7%)	25 (41,7%)

Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	13 (21,7%)	10 (16,7%)	3 (5%)	34 (56,7%)
Leva os alimentos à boca com recipiente	15 (25%)	18 (30%)	4 (6,7%)	23 (38,3%)
Bebe por copo ou chávena	14 (23,3%)	16 (26,7%)	6 (10%)	24 (40%)
Coloca os alimentos na boca	15 (25%)	15 (25%)	4 (6,7%)	26 (43,3%)
Conclui uma refeição	14 (23,3%)	16 (26,7%)	4 (6,7%)	26 (43,3%)
Nível global de dependência no autocuidado: alimentar-se Média – 2,39; DP – 1,01; Mediana – 2,25				
Autocuidado: arranjar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Penteia ou escova os cabelos	18 (30%)	18(30%)	-	24 (40%)
Barbeia-se	29 (93,5%)	2 (6,5%)	-	-
Aplica maquilhagem	13 (43,3%)	17 (56,7%)	-	-
Cuida das unhas	51 (85%)	8 (13,3%)	-	1 (1,7%)
Usa um espelho	19 (32,8%)	25 (43,1%)	-	14 (24,1%)
Nível global de dependência no autocuidado: arranjar-se Média – 1,8; DP – 0,7; Mediana – 1,75				
Autocuidado: cuidar da higiene pessoal	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Lava as mãos	22 (36,7%)	21 (35%)	-	17 (28,3%)
Aplica desodorizante	26 (43,3%)	25 (41,7%)	-	9 (15%)
Limpa a área do períneo	30 (50%)	28 (46,7%)	-	2 (3,3%)
Limpa as orelhas	25 (41,7%)	25 (41,7%)	-	10 (16,7%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	25 (41,7%)	24 (40%)	-	11 (18,3%)
Mantém a higiene oral	25 (41,7%)	24 (40%)	-	11 (18,3%)
Nível global de dependência no autocuidado: cuidar da higiene pessoal Média – 1,91; DP – 0,95; Mediana – 1,92				
Autocuidado: auto-elevar	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Levanta partes do corpo	23 (38,3%)	33 (55%)	-	4 (6,7%)
Nível global de dependência no autocuidado: auto-elevar Média – 1,75; DP – 0,77; Mediana – 2				
Autocuidado: usar o sanitário	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Ocupa e desocupa o sanitário	35 (58,3%)	22 (36,7%)	1 (1,7%)	2 (3,3%)
Tira as roupas	37 (61,7%)	20 (33,3%)	-	3 (5%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	34 (56,7%)	21 (35%)	-	5 (8,3%)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	35 (58,3%)	23 (38,3%)	-	2 (3,3%)
Ergue-se da sanita	35 (58,3%)	20 (33,3%)	2 (3,3%)	3 (5%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	37 (61,7%)	20 (33,3%)	-	3 (5%)
Nível global de dependência no autocuidado: usar o sanitário Média – 1,52; DP – 0,7; Mediana – 1				
Autocuidado: transferir-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)

<i>(score 2)</i>				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	26 (43,3%)	34 (56,7%)	-	-
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	26 (43,3%)	34 (56,7%)	-	-
Nível global de dependência no autocuidado: transferir-se Média – 1,57; DP – 0,5; Mediana – 2				
Autocuidado: virar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	16 (26,7%)	31 (51,7%)	3 (5%)	10 (16,7%)
Nível global de dependência no autocuidado: virar-se Média – 2,12; DP – 0,99; Mediana – 2				
Autocuidado: usar a cadeira de rodas	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	3 (100%)	-	-	-
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	3 (100%)	-	-	-
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	3 (100%)	-	-	-
Nível global de dependência no autocuidado: usar a cadeira de rodas Média – 1; DP – 0; Mediana – 1				
Autocuidado: andar	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Caminha de um modo eficaz	36 (60%)	18 (30%)	6 (10%)	-
Caminha a um ritmo lento	36 (60%)	18 (30%)	6 (10%)	-
Caminha a um ritmo moderado	54 (90%)	4 (6,7%)	2 (3,3%)	-
Caminha a um ritmo acelerado	58 (96,7%)	2 (3,3%)	-	-
Nível global de dependência no autocuidado: andar Média – 1,29; DP – 0,43; Mediana – 1				
Nível global de dependência no Autocuidado Média – 1,7; DP – 0,62; Mediana – 1,49				

ANEXO XIII

Níveis globais de dependência por domínio de autocuidado, antes do internamento

Domínio de autocuidado	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Tomar banho	3,68	0,5	2	4	4	4
Vestir-se ou despir-se	3,73	0,5	2	4	4	4
Alimentar-se	3,85	0,26	2,7	4	4	4
Arranjar-se	3,74	0,45	2,5	4	4	4
Cuidar da higiene pessoal	3,91	0,3	2	4	4	4
Auto-elevar	4	0	4	4	4	4
Usar o sanitário	3,75	0,62	1	4	4	4
Transferir-se	3,73	0,66	2	4	4	4
Virar-se	3,97	0,26	2	0	4	4
Usar a cadeira de rodas	2,67	0,67	2	3,33	2,67	2
Andar	3,58	0,65	2	4	4	4
Autocuidado global	3,77	0,38	2,34	4	4	4

ANEXO XIV

Diferença entre o nível de dependência no autocuidado na alta e o nível de dependência antes do internamento (por domínio do autocuidado e diferencial global)

Diferença entre o nível de dependência na alta e o nível de dependência antes do internamento (por domínio de autocuidado e diferencial global)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Tomar banho	-2,27	0,65	-3	-0,78	-2,22	-3
Vestir-se ou despir-se	-2,24	0,63	-3	-0,8	-2,07	-3
Alimentar-se	-1,46	0,92	-3	0	-1,6	-0,4
Arranjar-se	-1,94	0,72	-3	0	-2	-1,5
Cuidar da higiene pessoal	-2,01	0,93	-3	0	-2	-3
Auto-elevar	-2,25	0,77	-3	0	-2	-2
Usar o sanitário	-2,24	0,79	-3	0	-2,08	-3
Transferir-se	-2,17	0,67	-3	0	-2	-2
Virar-se	-1,85	0,99	-3	0	-2	-2
Usar a cadeira de rodas	-1,67	0,67	-2,33	-1	-1,67	-2,33
Andar	-2,29	0,69	-3	-1	-2,5	-3
Autocuidado global	-2,06	0,57	-3	-0,62	-2,07	-3

ANEXO XV

Conscientização das limitações para o autocuidado e envolvimento da pessoa com dependência no autocuidado

Frequências absolutas e relativas dos diferentes itens centrados na “conscientização das limitações para o autocuidado” e no “envolvimento” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Conscientização das limitações para o autocuidado

Conscientização das limitações para o autocuidado	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Reconhece as limitações para o autocuidado tomar banho	6 (13,3%)	9 (20%)	3 (6,7%)	27 (60,0%)
Reconhece as limitações para o autocuidado vestir-se ou despir-se	6 (13,3%)	9 (20%)	3 (6,7%)	27 (60,0%)
Reconhece as limitações para o autocuidado alimentar-se	6 (13,3%)	5 (11,1%)	15 (33,3%)	19 (42,2%)
Reconhece as limitações para o autocuidado arranjar-se	5 (11,1%)	9 (20%)	7 (15,6%)	24 (53,3%)
Reconhece as limitações para o autocuidado cuidar da higiene pessoal	4 (8,9%)	11 (24,4%)	6 (13,3%)	24 (53,3%)
Reconhece as limitações para o autocuidado auto-elevar	7 (15,6%)	4 (8,9%)	4 (8,9%)	30 (66,7%)
Reconhece as limitações para o autocuidado usar o sanitário	4 (8,9%)	9 (20,0%)	7 (15,6%)	25 (55,6%)
Reconhece as limitações para o autocuidado transferir-se	6 (13,3%)	4 (8,9%)	5 (11,1%)	30 (66,7%)
Reconhece as limitações para o autocuidado virar-se	4 (8,9%)	8 (17,8%)	10 (22,2%)	23 (51,1%)
Reconhece as limitações para o autocuidado usar a cadeira de rodas	-	-	-	1 (100%)
Reconhece as limitações para o autocuidado andar	7 (15,6%)	2 (4,4%)	5 (11,1%)	31 (68,9%)

Envolvimento

Envolvimento	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Tem iniciativa	7 (15,6%)	12 (26,7%)	8 (17,8%)	18 (40%)
Questiona sobre a sua condição saúde	15 (33,3%)	8 (17,8%)	13 (28,9%)	9 (20%)
Questiona sobre a evolução provável da sua condição saúde	15 (33,3%)	6 (13,3%)	15 (33,3%)	9 (20%)
Questiona sobre recursos	16 (35,6%)	10 (22,2%)	15 (33,3%)	4 (8,9%)
Expressa vontade em participar nas atividades de autocuidado	7 (15,6%)	15 (33,3%)	5 (11,1%)	18 (40%)
Participa no desempenho das atividades de autocuidado	7 (15,6%)	15 (33,3%)	7 (15,6%)	16 (35,6%)
Faz planos para o futuro	20 (44,4%)	8 (17,8%)	8 (17,8%)	9 (20%)
Expressa intenção de agir de acordo com o plano terapêutico	6 (13,3%)	13 (28,9%)	9 (20%)	17 (37,8%)
Expressa intenção de procurar recursos necessários	14 (31,1%)	12 (26,7%)	12 (26,7%)	7 (15,6%)

Estudo da correlação entre o *score* agregado de “consciencialização das limitações para o autocuidado” e o *score* agregado relativo ao “envolvimento” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		Score de Envolvimento
Score de Consciencialização das limitações para o autocuidado	<i>rho</i> Spearman	0,447
	p	0,002

ANEXO XVI

Atitudes e crenças da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Frequências absolutas e relativas dos diferentes itens centrados na “perceção de autoeficácia”, “preocupação” e “expectativas” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Perceção de autoeficácia

Perceção de autoeficácia	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Quando não consegue realizar uma actividade de autocuidado à primeira insiste e continua a tentar até conseguir	11 (24,4%)	10 (22,2%)	10 (22,2%)	14 (31,1%)
Se julga um aspeto relativo ao autocuidado muito complicado nem tenta realizá-lo	12 (26,7%)	17 (37,8%)	7 (15,6%)	9 (20%)
Sente-se capaz de desempenhar as atividades relativas ao autocuidado apesar das limitações que apresenta	16 (35,6%)	12 (26,7%)	14 (31,1%)	3 (6,7%)
Quando tenta aprender alguma coisa nova, se não obtém sucesso desiste facilmente	11 (24,4%)	20 (44,4%)	8 (17,8%)	6 (13,3%)
Não desiste facilmente de realizar as atividades de autocuidado	15 (33,3%)	14 (31,1%)	5 (11,1%)	11 (24,4%)
Sente insegurança nas suas capacidades para realizar as atividades de autocuidado	18 (40,0%)	22 (48,9%)	5 (11,1%)	-
Expressa acreditar na sua capacidade de desempenhar ações	15 (33,3%)	13 (28,9%)	15 (33,3%)	2 (4,4%)

Preocupação

Preocupação com a evolução da saúde	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Preocupação face à evolução da sua condição de saúde	20 (44,4%)	21 (46,7%)	3 (6,7%)	1 (2,2%)

Preocupação com o apoio	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Preocupação face aos recursos disponíveis (equipamentos e instituições)	20 (44,4%)	19 (42,2%)	5 (11,1%)	1 (2,2%)
Preocupação face à disponibilidade de apoio da família	38 (84,4%)	4 (8,9%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)
Preocupação face aos recursos económicos que tem/terá no futuro	28 (62,2%)	12 (26,7%)	4 (8,9%)	1 (2,2%)

Expetativas

Expetativas	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Expressa expetativas de um futuro positivo	24 (53,3%)	8 (17,8%)	10 (22,2%)	3 (6,7%)
Expressa sentido para a vida	21 (46,7%)	11 (24,4%)	8 (17,8%)	5 (11,1%)
Estabelece metas	22 (48,9%)	6 (13,3%)	7 (15,6%)	10 (22,2%)

Frequências absolutas e relativas dos diferentes itens centrados nas “crenças de saúde” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Crenças de saúde

Crenças de saúde	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Perceciona que os comportamentos que integram o plano terapêutico requerem esforço	4 (8,9%)	8 (17,8%)	9 (20%)	24 (53,3%)
Perceciona a possibilidade das atividades do plano terapêutico se manterem ao longo do tempo	5 (11,1%)	9 (20%)	8 (17,8%)	23 (51,1%)

Estudo das correlações entre os *scores* agregados de “consciencialização das limitações para o autocuidado” e “envolvimento” com os *scores* agregados de “preocupação” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		Score de Preocupação com a condição de saúde	Score de Preocupação com o apoio
Score de Consciencialização das limitações para o autocuidado	<i>rho</i> Spearman	-0,350	0,449
	p	0,019	0,002
Score de Envolvimento	<i>rho</i> Spearman	-0,292	-0,328
	p	0,052	0,028

Estudo das correlações entre os *scores* agregados de “consciencialização das limitações para o autocuidado” e “envolvimento” e os *scores* agregados relativos às “expetativas” e “crenças em saúde” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		Score de Expetativas	Score de Crenças de saúde
Score de Consciencialização das limitações para o autocuidado	<i>rho</i> Spearman	0,347	0,626
	p	0,02	<0,001
Score de Envolvimento	<i>rho</i> Spearman	0,843	0,747
	p	<0,001	<0,001

Estudo da correlação entre o *score* agregado de “expetativas” e o *score* agregado relativo às “crenças de saúde” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		Score de Crenças de saúde
Score de Expetativas	<i>rho</i> Spearman	0,658
	p	<0,001

Frequências absolutas e relativas dos diferentes itens centrados no “perfil de autocuidado” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Perfil de autocuidado

“Condição de saúde”	1	2	3	4	5
Ainda me sinto relativamente novo	15 (33,3%)	8 (17,8%)	4 (8,9%)	12 (26,7%)	6 (13,3%)
Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	18 (40%)	9 (20%)	3 (6,7%)	10 (22,2%)	5 (11,1%)
Considero-me relativamente saudável apesar de tomar medicamentos	20 (44,4%)	5 (11,1%)	8 (17,8%)	6 (13,3%)	6 (13,3%)
Encontro-me nas mesmas condições físicas que quando era mais novo	29 (64,4%)	9 (20%)	3 (6,7%)	4 (8,9%)	-

“Atitude de resignação face ao envelhecimento”	1	2	3	4	5
À medida que envelheço passo inevitavelmente menos na companhia de outras pessoas	1 (2,2%)	3 (6,7%)	11 (24,4%)	21 (46,7%)	9 (20%)
Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer	1 (2,2%)	3 (6,7%)	5 (11,1%)	21 (46,7%)	15 (33,3%)
À medida que envelheço tenho que abdicar das coisas que já não consigo fazer	-	2 (4,4%)	3 (6,7%)	18 (40%)	22 (48,9%)
Na velhice tenho que deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades	-	1 (2,2%)	1 (2,2%)	19 (42,2%)	24 (53,3%)
Estou dependente da ajuda da minha família e amigos	-	2 (4,4%)	3 (6,7%)	17 (37,8%)	23 (51,1%)
Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva	1 (2,2%)	2 (4,4%)	10 (22,2%)	16 (35,6%)	16 (35,6%)

“Atitude positiva face ao plano terapêutico”	1	2	3	4	5
Eu quero ser responsável pelo meu plano terapêutico	1 (2,2%)	2 (4,4%)	10 (22,2%)	15 (33,3%)	17 (37,8%)
Consulto os profissionais de saúde assim que sinto necessidade de ajuda	-	3 (6,7%)	9 (20%)	13 (29,8%)	20 (44,4%)
A minha cooperação com os médicos é natural e de igual para igual	-	1 (2,2%)	6 (13,3%)	19 (42,2%)	19 (42,2%)
Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa	1 (2,2%)	3 (6,7%)	19 (42,2%)	8 (17,8%)	14 (31,1%)
Cumpro obedientemente o plano terapêutico prescrito	1 (2,2%)	5 (11,1%)	5 (11,1%)	11 (24,4%)	23 (51,1%)
Acredito que o plano terapêutico que me foi prescrito é o melhor	-	-	6 (13,3%)	18 (40%)	21 (46,7%)

“Atitude independente face ao autocuidado”	1	2	3	4	5
Cumpro o plano terapêutico por minha iniciativa quando sinto que preciso	17 (37,8%)	7 (15,6%)	12 (26,7%)	6 (13,3%)	3 (6,7%)
Eu ainda sou capaz de cuidar de mim	17 (37,8%)	17 (37,8%)	5 (11,1%)	3 (6,7%)	3 (6,7%)
Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes	11 (24,4%)	7 (15,6%)	17 (37,8%)	8 (17,8%)	2 (4,4%)
Mesmo ao envelhecer sinto-me avançar na vida	5 (11,1%)	5 (11,1%)	9 (20%)	15 (33,3%)	11 (24,4%)
Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém	27 (58,7%)	11 (23,9%)	4 (8,7%)	4 (8,7%)	-

“Confiança face ao futuro”	1	2	3	4	5
Estou confiante face ao futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim	4 (8,9%)	6 (13,3%)	9 (20%)	17 (37,8%)	9 (20%)
Vou continuar a viver em minha casa mesmo que fique muito doente/dependente	7 (15,6%)	2 (4,4%)	5 (11,1%)	5 (11,1%)	26 (57,8%)

“Atitude de abandono face ao autocuidado”	1	2	3	4	5
A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde	11 (24,4%)	8 (17,8%)	13 (28,9%)	7 (15,6%)	6 (13,3%)
Deixo as outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	2 (4,4%)	2 (4,4%)	4 (8,9%)	19 (42,2%)	18 (40%)
Sinto que já não sirvo para nada	1 (2,2%)	3 (6,7%)	10 (22,2%)	13 (28,9%)	18 (40%)
Tenho medo do futuro	-	-	4 (8,9%)	8 (17,8%)	33 (73,3%)

Legenda

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Não concordo/nem discordo
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

Estudo das correlações entre os *scores* agregados de “consciencialização das limitações para o autocuidado”, envolvimento” e “preocupação” com os *scores* agregados relativos às dimensões do “perfil de autocuidado” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		Score Dimensão 1	Score Dimensão 2	Score Dimensão 3	Score Dimensão 4	Score Dimensão 5	Score Dimensão 6
Score de Consciencialização das limitações para o autocuidado	<i>rho</i>	-0,205	0,245	0,440	-0,050	0,206	0,078
	Spearman						
	p	0,176	0,105	0,002	0,746	0,175	0,610
Score de Envolvimento	<i>rho</i>	0,081	0,015	0,582	0,289	0,526	-0,330
	Spearman						
	p	0,595	0,924	<0,001	0,055	<0,001	0,027
Score de Preocupação com a condição de saúde	<i>rho</i>	0,178	-0,360	-0,150	0,267	-0,082	-0,103
	Spearman						
	p	0,241	0,015	0,326	0,077	0,591	0,502
Score de Preocupação com o apoio	<i>rho</i>	0,164	-0,341	-0,182	0,301	-0,083	-0,085
	Spearman						
	p	0,283	0,022	0,231	0,045	0,587	0,581

Legenda

Dimensão 1 – “Condição de saúde”

Dimensão 2 – “Atitude de resignação face ao envelhecimento”

Dimensão 3 – “Atitude positiva face ao plano terapêutico”

Dimensão 4 – “Atitude independente face ao autocuidado”

Dimensão 5 – “Confiança face ao futuro”

Dimensão 6 – “Atitude de abandono face ao autocuidado”

ANEXO XVII

Matriz do estudo das correlações entre os *scores* (agregados) das variáveis “envolvimento”, “conscientização das limitações para o autocuidado”, “expetativas”, “crenças de saúde”, “percepção de autoeficácia”, “preocupação com a evolução da condição de saúde” e “preocupação com o apoio ” (Coeficiente *rho* de Spearman)

		Score de Envolvimento	Score de Conscientização das limitações para autocuidado	Score de Expetativas	Score de Crenças de saúde	Score de Percepção de autoeficácia	Score de Preocupação com a evolução da condição de saúde	Score de Preocupação com o apoio
Score de Envolvimento	<i>rho</i> Spearman	1,000	0,447	0,843	0,747	0,727	-0,292	-0,328
	p		0,002	<0,001	<0,001	<0,001	0,052	0,028
Score de Conscientização das limitações para o autocuidado	<i>rho</i> Spearman	0,447	1,000	0,347	0,626	0,388	-0,350	-0,449
	p	0,002		0,020	<0,001	0,009	0,019	0,002
Score de Expetativas	<i>rho</i> Spearman	0,843	0,347	1,000	0,658	0,810	-0,254	-0,234
	p	<0,001	0,020		<0,001	<0,001	0,093	0,121
Score de Crenças de saúde	<i>rho</i> Spearman	0,747	0,626	0,658	1,000	0,702	-0,494	-0,512
	p	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	0,001	<0,001
Score de Percepção de autoeficácia	<i>rho</i> Spearman	0,727	0,388	0,810	0,702	1,000	-0,239	-0,282
	p	<0,001	0,009	<0,001	<0,001		0,114	0,060
Score de Preocupação com a evolução da condição de saúde	<i>rho</i> Spearman	-0,292	-0,350	-0,254	-0,494	-0,239	1,000	0,892
	p	0,052	0,019	0,093	0,001	0,114		<0,001
Score de Preocupação com o apoio	<i>rho</i> Spearman	-0,328	-0,449	-0,234	-0,512	-0,282	0,892	1,000
	p	0,028	0,002	0,121	<0,001	0,060	<0,001	

ANEXO XVIII

Conhecimento e acesso aos recursos de apoio da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Frequências absolutas e relativas dos diferentes itens centrados na “acessibilidade aos serviços de apoio”, “conhecimento sobre os serviços de apoio”, “conhecimento sobre os produtos de apoio” e “capacidade de usar produtos de apoio”

Acessibilidade aos serviços de apoio

Acessibilidade aos serviços de apoio	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Acessibilidade aos recursos na comunidade	14 (31,1%)	23 (51,1%)	8 (17,8%)	-
Tem acessibilidade aos profissionais de saúde	13 (28,9%)	23 (51,1%)	9 (20%)	-

Conhecimento sobre os serviços de apoio

Conhecimento sobre serviços de apoio	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Tem conhecimento sobre recursos institucionais na comunidade	7 (15,2%)	13 (28,3%)	22 (47,8%)	4 (8,7%)
Tem conhecimento dos recursos de profissionais de saúde	7 (15,6%)	11 (24,4%)	22 (48,9%)	5 (11,1%)

Conhecimento sobre produtos de apoio

Conhecimento sobre produtos de apoio	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Conhecimento para a utilização de produtos de apoio	4 (8,9%)	10 (22,2%)	16 (35,6%)	15 (33,3%)

Capacidade para usar produtos de apoio

Capacidade para usar produtos de apoio	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
É capaz de utilizar produtos de apoio	10 (22,2%)	10 (22,2%)	23 (51,1%)	2 (4,4%)

Estudo das correlações entre os *scores* agregados de “consciencialização das limitações para o autocuidado”, “envolvimento” e “preocupação” com os *scores* agregados relativos ao “conhecimento e acesso aos recursos de apoio” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		Score de Acessibilidade aos serviços de apoio	Score de Conhecimento sobre os serviços de apoio	Score de Conhecimento sobre os produtos de apoio	Score de Capacidade para usar produtos de apoio
Score de Consciencialização das limitações para o autocuidado	<i>rho</i> Spearman	0,210	0,470	0,389	0,334
	p	0,166	0,001	0,008	0,025
Score de Envolvimento	<i>rho</i> Spearman	0,584	0,527	0,634	0,689
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Score de Preocupação com a condição de saúde	<i>rho</i> Spearman	-0,278	-0,249	-0,366	-0,313
	p	0,065	0,099	0,013	0,037
Score de Preocupação com o apoio	<i>rho</i> Spearman	-0,349	-0,283	-0,405	-0,319
	p	0,019	0,060	0,006	0,033

ANEXO XIX

Capacidade de tomar decisões e autoestima da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Frequências absolutas e relativas dos diferentes itens centrados na “tomada de decisão autónoma”, “tomada de decisão apoiada” e “autoestima” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Tomada de decisão

Tomada de decisão autónoma	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Identifica informações relevantes	13 (28,9%)	12 (26,7%)	15 (33,3%)	5 (11,1%)
Identifica alternativas	13 (28,9%)	15 (33,3%)	12 (26,7%)	5 (11,1%)
Identifica potenciais consequências de cada alternativa	14 (31,1%)	14 (31,1%)	12 (26,7%)	5 (11,1%)
Escolhe as alternativas	13 (28,9%)	14 (31,1%)	15 (33,3%)	3 (6,7%)
Identifica recursos necessários para apoiar cada alternativa	15 (33,3%)	14 (31,1%)	13 (28,9%)	3 (6,7%)
Expressa vontade em assumir responsabilidade face ao plano terapêutico	5 (11,1%)	13 (28,9%)	6 (13,3%)	21 (46,7%)

Tomada de decisão apoiada	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Procura ancorar a sua decisão na opinião das pessoas que lhe são significativas	2 (4,4%)	4 (8,9%)	8 (17,8%)	31 (68,9%)
Procura ancorar a sua decisão na opinião dos profissionais	3 (6,7%)	4 (8,9%)	10 (22,2%)	28 (62,2%)

Autoestima

Autoestima	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Verbaliza auto-aceitação da sua condição atual	17 (37,8%)	13 (28,9%)	8 (17,8%)	7 (15,6%)
Expressa sentimentos positivos em relação a si	18 (40,0%)	14 (31,1%)	7 (15,6%)	6 (13,3%)

Estudo das correlações entre os *scores* agregados de “consciencialização das limitações para o autocuidado” e de “envolvimento” e os *scores* agregados relativos à “tomada de decisão apoiada”, “tomada de decisão autónoma” e “autoestima” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		<i>Score</i> de Tomada de decisão apoiada	<i>Score</i> de Tomada de decisão autónoma	<i>Score</i> de Autoestima
<i>Score</i> de Consciencialização das limitações para o autocuidado	<i>rho</i> Spearman	0,486	0,409	0,465
	p	0,001	0,005	0,001
<i>Score</i> de Envolvimento	<i>rho</i> Spearman	0,679	0,844	0,569
	p	<0,001	<0,001	<0,001

ANEXO XX

**Emoções e significados manifestados pela pessoa com dependência no autocuidado,
no momento da alta**

Emoções manifestadas pela pessoa com dependência no autocuidado

Emoções negativas

Categoria	Unidades de registo
Falta de esperança "Emoção negativa" (ICN; 2011, p.54)	"Estou muito desanimado com a minha vida (pausa). Sra. enfermeira acredite que desejo muitas vezes o meu fim" (42)
	"Não espero nada desta vida...a doença está a acabar com a minha vontade de viver" (31)
	"Já não tenho vontade de viver" (21)
	"A doença vai acabar comigo, sinto que estou a piorar de dia para dia" (31)
Sentimento de impotência "Emoção negativa: sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de que as suas ações não vão afetar significativamente os resultados" (ICN; 2011, p.74)	"Custa muito viver com este sentimento de impotência dentro de mim" (5)
	"Não sou capaz de fazer nada sozinho" (4)
	"Preciso que me levistem e que me ponham na cadeira, não consigo sozinha" (53)
	"Eu preciso deles para tudo..." (4)
	"Acho que ainda não consigo (...) elas dizem para eu comer com a mão direita, mas eu não consigo" (16)
	"Não consigo" (1)

Emoções positivas

Categoria	Unidades de registo
Esperança "Emoção negativa: sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de que as suas ações não vão afetar significativamente os resultados" (ICN; 2011, p. 53)	"Eu tenho esperança, acredito que vou continuar a melhorar" (11)
	"Acredito que isto seja provisório"(11)
	"Acredito que vou andar a pé outra vez" (12)
	"Sinto que as coisas estão a começar a ir ao normal (pausa) aos poucos tenho esperança que vou recuperar" (30)
	"Aos poucos já vou mexendo melhor a minha perna e o meu braço, já os consigo sentir e já consigo fazer coisas que não conseguia quando vim para o hospital" (32)
	"Ainda quero fazer muitas coisas e tenho os meus netos que me dão muita força de vontade" (11)

Significados atribuídos à condição de dependência no autocuidado

Categoria	Unidades de registo
Inutilidade	“Sinto que já não sirvo para nada” (11)
	“Sinto-me um inútil” (29)
	“Sinto que estou um inválido” (6)
	“Sinto-me inválida e incapaz de cuidar de mim” (8)

Categoria	Unidades de registo
Ser um fardo	“Para além de andar a sofrer, sei que estou a dar muito trabalho a quem já tem muito que fazer” (10)
	“Sinto que sou um peso na vida das minhas filhas (39)
	“Sinto que vou ser um fardo muito grande para a minha filha” (40)
	“Já disse ao meu filho que quero ir para um Lar, não quero dar trabalho a ninguém” (30)
	“Não quero ser um fardo na vida de ninguém” (21)

Categoria	Unidades de registo
Desafio	“Tenho que me readaptar a fazer o meu dia-a-dia de acordo com as minhas capacidades” (1)
	“Tenho que aprender a lidar com as minhas limitações” (7)
	“Quero muito melhorar para recuperar a alegria de viver” (18)

Significados atribuídos às propostas terapêuticas, em particular ao uso de equipamentos

Categoria	Unidades de registo
Invalidez	“Não quero ser apontado como um inválido” (15)
	“Não quero que tenham pena de mim” (17)
	“Recuso-me a andar numa cadeira de rodas, não quero que os outros tenham pena de mim por ser um inválido” (28)

Categoria	Unidades de registo
Autonomia	“Sinto que vou ganhar qualidade de vida, porque para mim, não depender de ninguém, já é quase como voltar a ser autónomo” (5)
	“O uso de equipamentos significa autonomia e independência” (20)
	“Tenho a noção que se conseguir usar os equipamentos me posso tornar mais autónoma” (21)
	“Usar equipamentos no dia-a-dia é sinal de mais autonomia” (42)
	“É a única maneira de eu continuar a fazer as coisas por mim, sem precisar de ajuda (de outras pessoas)” (44)
	“Quando uso a bengala sinto-me mais confiante” (32)

ANEXO XXI

Socialização da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Frequências absolutas e relativas dos diferentes itens centrados na “socialização” da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta

Socialização	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Vontade de manter/retomar as relações sociais que lhe são significativas	10 (22,2%)	11 (24,4%)	16 (35,6%)	8 (17,8%)
Apreensão relativamente a eventuais compromissos nas relações sociais que lhe são significativas decorrentes da sua nova condição de saúde	10 (22,2%)	29 (64,4%)	5 (11,1%)	1 (2,2%)

ANEXO XXII

Matriz do estudo das correlações entre os *scores* das variáveis agregadas relativas ao membro da família prestador de cuidados, no momento da alta (Coeficiente *rho* de Spearman)

		<i>Score</i> de Conhecimentos e capacidades do MFPC	<i>Score</i> de Consciencialização do MFPC	<i>Score</i> de Envolvimento do MFPC	<i>Score</i> de Percepção de autoeficácia do MFPC
<i>Score</i> de Conhecimentos e capacidades do MFPC	<i>rho</i> Spearman	1,000	0,770	0,810	0,884
	p		<0,001	<0,001	<0,001
<i>Score</i> de Consciencialização do MFPC	<i>rho</i> Spearman	0,770	1,000	0,884	0,689
	p	<0,001		<0,001	<0,001
<i>Score</i> de Envolvimento do MFPC	<i>rho</i> Spearman	0,810	0,884	1,000	-0,313
	p	<0,001	<0,001		0,037
<i>Score</i> de Percepção de autoeficácia do MFPC	<i>rho</i> Spearman	0,884	0,730	0,821	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	

ANEXO XXIII

**Juízo clínico do enfermeiro acerca do potencial de reconstrução de autonomia da pessoa
com dependência no autocuidado, no momento da alta**

Domínios de autocuidado/ Itens				
Autocuidado: tomar banho	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Entra e sai do chuveiro	15 (25%)	20 (33,3%)	21 (35%)	4 (6,7%)
Obtém objetos para o banho	13 (21,7%)	26 (43,3%)	-	21 (35%)
Consegue água	13 (21,7%)	25 (41,7%)	-	22 (36,7%)
Abre a torneira	13 (21,7%)	17 (28,3%)	-	30 (50%)
Regula a temperatura da água	13 (21,7%)	17 (28,3%)	1 (1,7%)	29 (48,3%)
Regula o fluxo da água	13 (21,7%)	17 (28,3%)	1 (1,7%)	29 (48,3%)
Lava-se no chuveiro	13 (21,7%)	36 (60%)	10 (16,7%)	1 (1,7%)
Lava o corpo	12 (20%)	37 (61,7%)	10 (16,7%)	1 (1,7%)
Seca o corpo	12 (20%)	39 (65%)	8 (13,3%)	1 (1,7%)
Autocuidado: vestir-se ou despir-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Escolhe as roupas	15 (25%)	26 (43,3%)	-	19 (31,7%)
Retira as roupas da gaveta e do armário	16 (26,7%)	27 (45%)	3 (5%)	14 (23,3%)
Segura as roupas	11 (18,3%)	12 (20%)	-	37 (61,7%)
Veste as roupas na parte superior do corpo	12 (20%)	34 (56,7%)	2 (3,3%)	12 (20%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	11 (18,3%)	34 (56,7%)	3 (5%)	12 (20%)
Despe as roupas na parte superior do corpo	12 (20%)	34 (56,7%)	2 (3,3%)	12 (20%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	10 (16,7%)	35 (58,3%)	3 (5%)	12 (20%)
Abotoa as roupas	11 (18,3%)	25 (41,7%)	9 (15%)	15 (25%)
Desabotoa as roupas	11 (18,3%)	25 (41,7%)	8 (13,3%)	16 (26,7%)
Usa cordões para amarrar	12 (20%)	26 (43,3%)	7 (11,7%)	15 (25%)
Usa fechos	12 (20%)	22 (36,7%)	7 (11,7%)	19 (31,7%)
Calça as meias	12 (20%)	37 (61,7%)	6 (10%)	5 (8,3%)
Descalça as meias	11 (18,3%)	16 (26,7%)	1 (1,7%)	32 (53,3%)
Calça os sapatos	12 (20%)	37 (61,7%)	6 (10%)	5 (8,3%)
Descalça os sapatos	11 (18,3%)	16 (26,7%)	1 (1,7%)	32 (53,3%)
Autocuidado: alimentar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Prepara os alimentos para a	42 (70%)	16 (26,7%)	-	2 (3,3%)

ingestão				
Abre recipientes	26 (43,3%)	25 (41,7%)	2 (3,3%)	7 (11,7%)
Utiliza utensílios	5 (8,3%)	15 (25%)	11 (18,3%)	29 (48,3%)
Coloca os alimentos nos utensílios	4 (6,7%)	11 (18,3%)	12 (20%)	33 (55%)
Pega no copo ou chávena	4 (6,7%)	9 (15%)	14 (23,3%)	33 (55%)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	4 (6,7%)	8 (13,3%)	3 (5%)	45 (75%)
Leva os alimentos à boca com recipiente	4 (6,7%)	9 (15%)	10 (16,7%)	37 (61,7%)
Bebe por copo ou chávena	4 (6,7%)	9 (15%)	9 (15%)	38 (63,3%)
Coloca os alimentos na boca	4 (6,7%)	9 (15%)	7 (11,7%)	40 (66,7%)
Conclui uma refeição	4 (6,7%)	9 (15%)	8 (13,3%)	39 (65%)
Autocuidado: arranjar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Penteia ou escova os cabelos	3 (5%)	11 (18,3%)	2 (3,3%)	44 (73,3%)
Barbeia-se	19 (63,3%)	10 (33,3%)	-	1 (3,3%)
Aplica maquilhagem	8 (24,2%)	17 (51,5%)	-	8 (24,2%)
Cuida das unhas	39 (65%)	19 (31,7%)	-	2 (3,3%)
Usa um espelho	4 (6,9%)	21 (36,2%)	2 (3,4%)	31 (53,4%)
Autocuidado: cuidar da higiene pessoal	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Lava as mãos	3 (5%)	16 (26,7%)	-	41 (68,3%)
Aplica desodorizante	7 (11,7%)	24 (40%)	-	29 (48,3%)
Limpa a área do períneo	8 (13,3%)	26 (43,3%)	-	26 (43,3%)
Limpa as orelhas	5 (8,3%)	25 (41,7%)	-	30 (50%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	4 (6,7%)	24 (40%)	-	32 (53,3%)
Mantém a higiene oral	4 (6,7%)	24 (40%)	-	32 (53,3%)
Autocuidado: auto-elevar	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Levanta partes do corpo	6 (10%)	22 (36,7%)	12 (20%)	20 (33,3%)
Autocuidado: usar o sanitário	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Ocupa e desocupa o sanitário	11 (18,3%)	24 (40%)	20 (33,3%)	5 (8,3%)
Tira as roupas	10 (16,7%)	33 (55%)	2 (3,3%)	15 (25%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	10 (16,7%)	19 (31,7%)	4 (6,7%)	27 (45%)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	11 (18,3%)	27 (45%)	-	22 (36,7%)
Ergue-se da sanita	11 (18,3%)	17 (28,3%)	25 (41,7%)	7 (11,7%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	11 (18,3%)	32 (53,3%)	1 (1,7%)	16 (26,7%)

Autocuidado: transferir-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	7 (11,7%)	36 (60%)	14 (23,3%)	3 (5%)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	7 (11,7%)	36 (60%)	14 (23,3%)	3 (5%)
Autocuidado: virar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	4 (6,7%)	15 (25%)	15 (25%)	26 (43,3%)
Autocuidado: usar a cadeira de rodas	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	1 (16,7%)	3 (50%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	-	4 (66,7%)	2 (33,3%)	-
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,7%)	
Autocuidado: andar	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completamente Independente (score 4)
Caminha de um modo eficaz	15 (25%)	9 (15%)	33 (55%)	3 (5%)
Caminha a um ritmo lento	15 (25%)	7 (11,7%)	35 (58,3%)	3 (5%)
Caminha a um ritmo moderado	25 (41,7%)	24 (40%)	9 (15%)	2 (3,3%)
Caminha a um ritmo acelerado	37 (61,7%)	17 (28,3%)	5 (8,3%)	1 (1,7%)

ANEXO XXIV

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, no nível de dependência no autocuidado no momento da alta (Teste *U* de Mann Whitney)

Grupos		N	Mean Rank da dependência (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Autocuidado: tomar banho	Baixo potencial	35	30,30
	Moderado potencial	22	26,93
	Total	57	
p=0,405			
Autocuidado: vestir-se ou despir-se	Baixo potencial	35	30,40
	Moderado potencial	22	26,77
	Total	57	
p=0,388			
Autocuidado: alimentar-se	Baixo potencial	35	29,50
	Moderado potencial	22	28,20
	Total	57	
p=0,773			
Autocuidado: arranjar-se	Baixo potencial	35	29,00
	Moderado potencial	22	29,00
	Total	57	
p=1,000			
Autocuidado: cuidar da higiene pessoal	Baixo potencial	35	30,37
	Moderado potencial	22	26,82
	Total	57	
p=0,419			
Autocuidado: auto-elevar	Baixo potencial	35	28,74
	Moderado potencial	22	29,41
	Total	57	
p=0,866			
Autocuidado: uso do sanitário	Baixo potencial	35	30,46
	Moderado potencial	22	26,68
	Total	57	
p=0,357			
Autocuidado: transferir-se	Baixo potencial	35	29,10
	Moderado potencial	22	28,84
	Total	57	
p=0,946			
Autocuidado: virar-se	Baixo potencial	35	29,64
	Moderado potencial	22	27,91
	Total	57	
p=0,664			

Autocuidado: usar a cadeira de rodas	Baixo potencial	2	2
	Moderado potencial	1	2
	Total	3	
p=1,000			
Autocuidado: andar	Baixo potencial	35	29,83
	Moderado potencial	22	27,68
	Total	57	
p=0,591			
Autocuidado global	Baixo potencial	35	29,77
	Moderado potencial	22	27,77
	Total	57	
p=0,657			

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, no *score* tradutor da evolução da dependência entre o período prévio ao internamento e o momento da alta (Teste *U* de Mann Whitney)

	Grupos	N	Mean Rank da evolução da dependência entre o período prévio ao internamento e a alta (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Autocuidado: tomar banho	Baixo potencial	35	29,27
	Moderado potencial	22	28,57
	Total	57	
p=0,874			
Autocuidado: vestir-se ou despir-se	Baixo potencial	35	29,86
	Moderado potencial	22	27,64
	Total	57	
p=0,618			
Autocuidado: alimentar-se	Baixo potencial	35	28,80
	Moderado potencial	22	29,32
	Total	57	
p=0,908			
Autocuidado: arranjar-se	Baixo potencial	35	28,60
	Moderado potencial	22	29,64
	Total	57	
p=0,817			
Autocuidado: cuidar da higiene pessoal	Baixo potencial	35	31,31
	Moderado potencial	22	25,32
	Total	57	

p=0,178			
Autocuidado: auto-elevar	Baixo potencial	35	28,74
	Moderado potencial	22	29,41
	Total	57	
p=0,866			
Autocuidado: uso do sanitário	Baixo potencial	35	31,81
	Moderado potencial	22	24,52
	Total	57	
p=0,093			
Autocuidado: transferir-se	Baixo potencial	35	28,89
	Moderado potencial	22	29,18
	Total	57	
p=0,940			
Autocuidado: virar-se	Baixo potencial	35	30,19
	Moderado potencial	22	27,11
	Total	57	
p=0,454			
Autocuidado: usar a cadeira de rodas	Baixo potencial	2	2
	Moderado potencial	1	2
	Total	3	
p=1,000			
Autocuidado: andar	Baixo potencial	35	29,77
	Moderado potencial	22	27,77
	Total	57	
p=0,648			
Autocuidado global	Baixo potencial	35	29,86
	Moderado potencial	22	27,64
	Total	57	
p=0,623			

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, na idade e no nível de escolaridade da pessoa com dependência no autocuidado (Teste *U* de Mann Whitney)

Grupos		N	Mean Rank da idade (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Idade	Baixo potencial	35	29,00
	Moderado potencial	22	29,00
	Total	57	
p=1,000			
Grupos		N	Mean Rank do nível de escolaridade (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Nível de escolaridade	Baixo potencial	35	30,36
	Moderado potencial	22	26,84
	Total	57	
p=0,274			

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, no tempo de dependência no autocuidado, no momento da alta (Teste *U* de Mann Whitney)

Grupos		N	Mean Rank do tempo de dependência final (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Tempo de dependência final	Baixo potencial	35	27,94
	Moderado potencial	22	30,68
	Total	57	
p=0,470			

ANEXO XXV

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado no número total de úlceras de pressão, no equilíbrio corporal e na força muscular, no momento da alta (Teste *U* de Mann Whitney)

Grupos		N	Mean Rank do número total de UP (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Número total de UP	Baixo potencial	35	28,29
	Moderado potencial	22	30,14
	Total	57	
p=0,576			
Grupos		N	Mean Rank do equilíbrio corporal (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Equilíbrio corporal	Baixo potencial	34	27,18
	Moderado potencial	22	30,55
	Total	56	
p=0,430			
Grupos		N	Mean Rank da força muscular (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Força Muscular	Baixo potencial	35	28,07
	Moderado potencial	22	30,48
	Total	57	
p=0,589			

Comparação entre os dois grupos em função dos compromissos na orientação, na memória, no tônus muscular, no movimento articular e na desidratação (Teste de *Qui quadrado*/Prova exata de *Fisher*)

Variável nominal	valor de p
Orientação	p=0,897*
Memória	p=0,618*
Hipertonus muscular	p=0,614**
Hipotonus muscular	p=0,794*
Compromisso articular	p=0,722*
Sinais de desidratação	p=0,392*

(*)- Teste de Qui quadrado

(**)- Prova exata de Fisher

Crosstab – Orientação

		Orientação	
		Com algum compromisso da orientação	Sem compromisso da orientação
Grupos	Baixo potencial	9	26
	Moderado potencial	6	16
Total		15	42
p=0,897*			

(*)- Teste de Qui quadrado

Crosstab - Memória

		Memória	
		Com algum compromisso da memória	Sem compromisso da memória
Grupos	Baixo potencial	8	26
	Moderado potencial	7	16
Total		15	42
p=0,618*			

(*)-Teste de Qui quadrado

Crosstab – Hipertonus muscular

		Hipertonus muscular	
		Sem hipertonicidade muscular	Com hipertonicidade muscular
Grupos	Baixo potencial	34	1
	Moderado potencial	22	0
Total		56	1
p=0,614**			

(**) - Prova exata de Fisher

Crosstab – Hipotonus muscular

		Hipotonus muscular	
		Sem hipotonus muscular	Com hipotonus muscular
Grupos	Baixo potencial	10	25
	Moderado potencial	7	15
Total		17	40
p=0,794*			

(*) - Teste de Qui quadrado

Crosstab – Compromisso articular

		Movimento articular	
		Sem compromisso articular	Com compromisso articular
Grupos	Baixo potencial	16	19
	Moderado potencial	9	13
Total		25	32
p=0,722*			

(*) - Teste de Qui quadrado

Crosstab – Sinais de desidratação

		Sinais de desidratação	
		Sem sinais de desidratação	Com sinais de desidratação
Grupos	Baixo potencial	9	26
	Moderado potencial	8	14
Total		17	40
p=0,392*			

(*) - Teste de Qui quadrado

ANEXO XXVI

Diferenças entre os dois grupos (Teste *U* de Mann Whitney) categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, nos *scores* agregados relativos a:

- “Envolvimento”
- “Consciencialização das limitações para o autocuidado”
- “Autoeficácia”
- “Preocupação com a evolução da condição de saúde”
- “Preocupação com o apoio”
- “Tomada de decisão autónoma”
- “Tomada de decisão apoiada”
- “Autoestima”
- “Crenças de saúde”
- “Expetativas”
- “Socialização”
- “Acessibilidade aos serviços de apoio”
- “Conhecimento sobre os serviços de apoio”
- “Conhecimento sobre os produtos de apoio”
- “Capacidade para usar produtos de apoio”

Grupos		N	Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Envolvimento	Baixo potencial	27	21,15
	Moderado potencial	18	25,78
	Total	45	
p=0,246			
Consciencialização das limitações para o autocuidado	Baixo potencial	27	23,07
	Moderado potencial	18	22,89
	Total	45	
p=0,962			
Autoeficácia	Baixo potencial	27	20,67
	Moderado potencial	18	26,50
	Total	45	
p=0,143			
Preocupação com a evolução da condição de saúde	Baixo potencial	27	22,85
	Moderado potencial	18	23,22
	Total	45	
p=0,918			

Preocupação com o apoio	Baixo potencial	27	24,52
	Moderado potencial	18	20,72
	Total	45	
p=0,316			
Tomada de decisão autónoma	Baixo potencial	27	19,69
	Moderado potencial	18	27,97
	Total	45	
p=0,037			
Tomada de decisão apoiada	Baixo potencial	27	19,43
	Moderado potencial	18	28,36
	Total	45	
p=0,010			
Autoestima	Baixo potencial	27	23,07
	Moderado potencial	18	22,89
	Total	45	
p=0,962			
Crenças de saúde	Baixo potencial	27	21,13
	Moderado potencial	18	25,81
	Total	45	
p=0,211			
Expetativas	Baixo potencial	27	21,46
	Moderado potencial	18	25,31
	Total	45	
p=0,319			
Socialização	Baixo potencial	27	23,96
	Moderado potencial	18	21,56
	Total	45	
p=0,535			
Acessibilidade aos serviços de apoio	Baixo potencial	27	19,48
	Moderado potencial	18	28,28
	Total	45	
p=0,017			
Conhecimento sobre serviços de apoio	Baixo potencial	27	22,41
	Moderado potencial	18	25,19
	Total	45	
p=0,466			
Conhecimento sobre produtos de apoio	Baixo potencial	27	21,69
	Moderado potencial	18	24,97
	Total	45	
p=0,388			
Capacidade para usar produtos de apoio	Baixo potencial	27	21,19
	Moderado potencial	18	25,72
	Total	45	
p=0,217			

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, nos *scores* agregados relativos às dimensões do “perfil de autocuidado” (Teste *U* de Mann Whitney)

Grupos		N	Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Condição de saúde	Baixo potencial	27	24,70
	Moderado potencial	18	20,44
	Total	45	
p=0,281			
Atitude de resignação face ao envelhecimento	Baixo potencial	27	22,06
	Moderado potencial	18	24,42
	Total	45	
p=0,553			
Atitude positiva face ao plano terapêutico	Baixo potencial	27	19,33
	Moderado potencial	18	28,50
	Total	45	
p=0,021			
Atitude independente face ao autocuidado	Baixo potencial	27	25,26
	Moderado potencial	18	21,00
	Total	45	
p=0,287			
Confiança face ao futuro	Baixo potencial	27	19,61
	Moderado potencial	18	28,08
	Total	45	
p=0,031			
Atitude de abandono face ao autocuidado	Baixo potencial	27	23,63
	Moderado potencial	18	22,06
	Total	45	
p=0,692			

ANEXO XXVII

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, na idade, no nível de escolaridade e no tempo de experiência de prestação de cuidados do MFPC (Teste *U* de Mann Whitney)

Grupos		N	Mean Rank da idade do MFPC (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Idade do MFPC	Baixo potencial	35	31,11
	Moderado potencial	22	25,64
	Total	57	
p=0,225			
Grupos		N	Mean Rank da escolaridade do MFPC (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Nível de escolaridade do MFPC	Baixo potencial	35	25,57
	Moderado potencial	22	34,45
	Total	57	
p=0,041			
Grupos		N	Mean Rank do tempo de experiência do MFPC (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Tempo de experiência do MFPC	Baixo potencial	35	29,43
	Moderado potencial	22	28,32
	Total	57	
p=0,779			

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado no *score* agregado do “perfil de cuidados do MFPC” (Teste *U* de Mann Whitney)

Grupos		N	Mean Rank do perfil de cuidados do MFPC (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Perfil de cuidados do MFPC	Baixo potencial	35	24,60
	Moderado potencial	22	36,00
	Total	57	
p=0,008			

Diferenças entre os dois grupos categorizados como “baixo” e “moderado” potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, nos *scores* agregados de “conhecimentos e capacidades do MFPC”, “consciencialização do MFPC”, “envolvimento do MFPC” e “percepção de autoeficácia do MFPC” (Teste *U* de Mann Whitney)

	Grupos	N	Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Score de Conhecimentos e capacidades do MFPC	Baixo potencial	35	25,64
	Moderado potencial	22	34,34
	Total	57	
p=0,053			
Score de Consciencialização do MFPC	Baixo potencial	35	25,61
	Moderado potencial	22	34,39
	Total	57	
p=0,048			
Score de Envolvimento do MFPC	Baixo potencial	35	26,43
	Moderado potencial	22	33,09
	Total	57	
p=0,138			
Score de Percepção de autoeficácia do MFPC	Baixo potencial	35	26,04
	Moderado potencial	22	33,70
	Total	57	
p=0,089			

ANEXO XXVIII

Localização da pessoa com dependência no autocuidado, três meses após a alta

Localização / Destino da pessoa com dependência 3 meses após a alta	N	(%)
Está no domicílio		
Não	9	16,1%
Sim	47	83,9%
<i>Localização atual (se não for o domicílio)</i>		
Lar	7	77,8%
Casa de saúde	1	11,1%
Família de acolhimento	1	11,1%
A pessoa dependente participou na decisão sobre o seu destino		
Não	9	16,1%
Sim	47	83,9%
Voltou a estar internada		
Não	44	78,6%
Sim	12	21,4%

ANEXO XXIX

Episódios de internamento hospitalar ao fim de três meses após a alta hospitalar

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Nº de episódios de internamento hospitalar ao fim de 3 meses após a alta	1,08	0,29	1	2	1	1

(dados relativos aos 12 casos com histórico de internamentos)

ANEXO XXX

Nível e tipo de dependência nos vários domínios do autocuidado três meses após a alta

Domínio de autocuidado/ Itens				
Autocuidado: tomar banho	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Entra e sai do chuveiro	15 (26,8%)	5 (8,9%)	26 (46,4%)	10 (17,9%)
Obtém objetos para o banho	15 (26,8%)	11 (19,6%)	1 (1,8%)	29 (51,8%)
Consegue água	15 (26,8%)	7 (12,5%)	1 (1,8%)	33 (58,9%)
Abre a torneira	15 (26,8%)	6 (10,7%)	1(1,8%)	34 (60,7%)
Regula a temperatura da água	15 (26,8%)	9 (16,1%)	1(1,8%)	31 (55,4%)
Regula o fluxo da água	15 (26,8%)	9 (16,1%)	1 (1,8%)	31 (55,4%)
Lava-se no chuveiro	15 (26,8%)	25 (44,6%)	6 (10,7%)	10 (17,9%)
Lava o corpo	15 (26,8%)	25 (44,6%)	6 (10,7%)	10 (17,9%)
Seca o corpo	15 (26,8%)	26 (46,4%)	5 (8,9%)	10 (17,9%)
Nível global de dependência no autocuidado: tomar banho Média – 2,61; DP – 1,11 ; Mediana –3				
Autocuidado: vestir-se ou despir-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Escolhe as roupas	14 (25%)	11 (19,6%)	1 (1,8%)	30 (53,6%)
Retira as roupas da gaveta e do armário	16 (28,6%)	11 (19,6%)	1 (1,8%)	28 (50%)
Segura as roupas	14 (25%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	38 (67,9%)
Veste as roupas na parte superior do corpo	14 (25%)	23 (41,1%)	1 (1,8%)	18 (32,1%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	14 (25%)	23 (41,1%)	1 (1,8%)	18 (32,1%)
Despe as roupas na parte superior do corpo	14 (25%)	23 (41,1%)	1 (1,8%)	18 (32,1%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	14 (25%)	23 (41,1%)	1 (1,8%)	18 (32,1%)
Abotoa as roupas	15 (26,8%)	14 (25%)	1 (1,8%)	26 (46,4%)
Desabotoa as roupas	15 (26,8%)	14 (25%)	1 (1,8%)	26 (46,4%)
Usa cordões para amarrar	15 (26,8%)	15 (26,8%)	1 (1,8%)	25 (44,6%)
Usa fechos	15 (26,8%)	12 (21,4%)	1 (1,8%)	28 (50%)
Calça as meias	14 (25%)	20 (35,7%)	2 (3,6%)	20 (35,7%)
Descalça as meias	14 (25%)	9 (16,1%)	1 (1,8%)	32 (57,1%)
Calça os sapatos	14 (25%)	20 (35,7%)	2 (3,6%)	20 (35,7%)
Descalça os sapatos	14 (25%)	9 (16,1%)	1 (1,8%)	32 (57,1%)
Nível global de dependência no autocuidado: vestir-se ou despir-se Média – 2,66; DP – 1,16; Mediana – 2,7				
Autocuidado: alimentar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Prepara os alimentos para a ingestão	24 (42,9%)	20 (35,7%)	-	12 (21,4%)
Abre recipientes	16 (28,6%)	24 (42,9%)	-	16 (28,6%)

Utiliza utensílios	8 (14,3%)	7(12,5%)	1 (1,8%)	40 (71,4%)
Coloca os alimentos nos utensílios	8 (14,3%)	7 (12,5%)	2 (3,6%)	39 (69,6%)
Pega no copo ou chávena	8 (14,3%)	6 (10,7%)	3 (5,4%)	39 (69,6%)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	8 (14,3%)	5 (8,9%)	-	43 (76,8%)
Leva os alimentos à boca com recipiente	8 (14,3%)	6 (10,7%)	2 (3,6%)	40 (71,4%)
Bebe por copo ou chávena	8 (14,3%)	6 (10,7%)	2 (3,6%)	40 (71,4%)
Coloca os alimentos na boca	8 (14,3%)	6 (10,7%)	2 (3,6%)	40 (71,4%)
Conclui uma refeição	8 (14,3%)	6 (10,7%)	2 (3,6%)	40 (71,4%)
Nível global de dependência no autocuidado: alimentar-se Média – 3,09; DP – 1,06; Mediana – 3,6				
Autocuidado: arranjar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Penteia ou escova os cabelos	6 (11,3%)	7(13,2%)	-	40 (75,5%)
Barbeia-se	16 (53,3%)	7 (23,3%)	-	7 (23,3%)
Aplica maquilhagem	7 (25,9%)	9 (33,3%)	1 (3,7%)	10 (37%)
Cuida das unhas	26 (51%)	13 (25,5%)	1 (2%)	11 (21,6%)
Usa um espelho	6 (11,5%)	9 (17,3%)	-	37 (71,2%)
Nível global de dependência no autocuidado: arranjar-se Média – 2,7; DP – 0,99; Mediana – 2,75				
Autocuidado: cuidar da higiene pessoal	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Lava as mãos	9 (17,6%)	2 (3,9%)	-	40 (78,4%)
Aplica desodorizante	10 (19,6%)	6 (11,8%)	-	35 (68,6%)
Limpa a área do períneo	10 (19,6%)	10 (19,6%)	-	31 (60,8%)
Limpa as orelhas	9 (17,6%)	7 (13,7%)	-	35 (68,6%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	9 (17,6%)	7 (13,7%)	-	35 (68,6%)
Mantém a higiene oral	9 (17,6%)	7 (13,7%)	-	35 (68,6%)
Nível global de dependência no autocuidado: cuidar da higiene pessoal Média – 3,2; DP – 1,20; Mediana – 4				
Autocuidado: auto-elevar	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Levanta partes do corpo	11 (19,6%)	9 (16,1%)	-	36 (64,3%)
Nível global de dependência no autocuidado: auto elevar Média – 3,09; DP – 1,27; Mediana – 4				
Autocuidado: usar o sanitário	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Ocupa e desocupa o sanitário	14(25%)	8 (14,3%)	18 (32,1%)	16 (28,6%)
Tira as roupas	14 (25,5%)	16 (29,1%)	-	25 (45,5%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	13 (23,6%)	8 (14,5%)	-	34 (61,8%)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	14 (25,5%)	10 (18,2%)	-	31 (56,4%)
Ergue-se da sanita	14 (25,5%)	7 (12,7%)	18 (32,7%)	16 (29,1%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	14 (25,5%)	13 (23,6%)	-	28 (50,9%)

Nível global de dependência no autocuidado: usar o sanitário Média – 2,75; DP – 1,20; Mediana – 3,25				
Autocuidado: transferir-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	13 (23,2%)	12 (21,4%)	14 (25%)	17 (30,4%)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	13 (23,2%)	12 (21,4%)	14 (25%)	17 (30,4%)
Nível global de dependência no autocuidado: transferir-se Média – 2,63; DP – 1,15; Mediana – 3				
Autocuidado: virar-se	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	11 (19,6%)	8 (14,3%)	1 (1,8%)	36 (64,3%)
Nível global de dependência no autocuidado: virar-se Média – 3,11; DP – 1,26; Mediana – 4				
Autocuidado: usar a cadeira de rodas	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	5 (100%)	-	-	-
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	5 (100%)	-	-	-
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	5 (100%)	-	-	-
Nível global de dependência no autocuidado: usar a cadeira de rodas Média – 1; DP – 0; Mediana – 1				
Autocuidado: andar	Dependente não participa (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Completament e Independente (score 4)
Caminha de um modo eficaz	16 (28,6%)	2 (3,6%)	28 (50%)	10 (17,9%)
Caminha a um ritmo lento	16 (28,6%)	2 (3,6%)	28 (50%)	10 (17,9%)
Caminha a um ritmo moderado	20 (36,4%)	11 (20%)	15 (27,3%)	9 (16,4%)
Caminha a um ritmo acelerado	32 (58,2%)	6 (10,9%)	9 (16,4%)	8 (14,5%)
Nível global de dependência no autocuidado: andar Média – 2,13; DP – 1,03; Mediana – 2,38				
Nível global de dependência no Autocuidado Média – 2,76; DP – 1,08; Mediana – 3,13				

ANEXO XXXI

Percurso assistencial da pessoa com dependência no autocuidado ao longo dos três meses, em função da procura de informação e recursos institucionais da comunidade

Percurso assistencial ao longo dos três meses		N	(%)
Procura de informação (56)			
Não		32	57,1%
Sim		24	42,9%
Recursos institucionais da comunidade (56)			
Não		44	78,6%
Sim	Centro de dia	5	8,9%
	Cuidadora da Segurança Social	1	1,8%
	Lar	5	8,9%
	Santa Casa da Misericórdia	1	1,8%

ANEXO XXXII

Recursos profissionais utilizados pela pessoa com dependência no autocuidado ao longo dos três meses

Recursos profissionais	N	(%)
Apoio domiciliário (56)		
Não	40	71,4%
Sim	16	28,6%
Nº de vezes de apoio domiciliário/semana (16)		
3 vezes	1	6,2%
5 vezes	15	93,8%
Média – 4,88; DP – 0,5; Mediana – 5		
Tempo de apoio domiciliário/meses (16)		
1 Mês	6	37,5%
2 Meses	1	6,3%
3 Meses	6	37,5%
4 Meses	3	18,8%
Média – 2,38; DP – 1,2; Mediana – 3		
Visita domiciliária de enfermagem (56)		
Não	51	91,1%
Sim	5	8,9%
Nº de visitas domiciliárias de enfermagem/semana (5)		
1 Vez	3	60%
2 Vezes	1	20%
3 Vezes	1	20%
Média – 1,60; DP – 0,89; Mediana – 1		
Tempo de visita domiciliária de enfermagem/meses (5)		
1 Mês	1	20%
2 Meses	1	20%
3 Meses	6	20%
4 Meses	2	40%
Média – 2,80; DP – 1,3; Mediana – 3		
Cuidados de enfermagem de reabilitação (56)		
Não	39	70,9%
Sim	16	29,1%
Nº de cuidados de enfermagem de reabilitação/semana (16)		
2 Vezes	4	25%
3 Vezes	2	12,4%
5 Vezes	5	31,3%

7 Vezes	5	31,3%
Média – 4,63; DP – 2,03; Mediana – 5		
Tempo de cuidados de enfermagem de reabilitação/meses (16)		
1 Mês	8	50%
2 Meses	1	6,2%
3 Meses	7	43,8%
Média – 1,94; DP – 0,99; Mediana – 1,5		
Cuidados de fisioterapia (56)		
Não	22	39,3%
Sim	34	60,7%
Nº de cuidados de fisioterapia/semana (34)		
3 Vezes	11	32,4%
5 Vezes	18	52,9%
7 Vezes	5	14,7%
Média – 4,65; DP – 1,35; Mediana – 5		
Tempo de cuidados de fisioterapia/meses (34)		
1 Mês	10	29,4%
2 Meses	4	11,8%
3 Meses	16	47,1%
4 Meses	4	11,8%
Média – 2,41; DP – 1,05; Mediana – 3		

ANEXO XXXIII

Caracterização do novo membro da família prestador de cuidados

Caracterização do novo membro da família prestador de cuidados (variáveis qualitativas)

Novo MFPC	N	(%)
Quem é o novo MFPC (11)		
Cônjuge	1	9,1%
Filho(a)	2	18,2%
Nora/genro	1	9,1%
Outro familiar	1	9,1%
Não familiar	6	54,5%
Sexo do novo MFPC (8)		
Masculino	1	12,5%
Feminino	7	87,5%
Estado civil do novo MFPC (8)		
Casado/união de facto	7	87,5%
Solteiro	1	12,5%
Situação profissional do novo MFPC (8)		
Trabalhador ativo	3	37,5%
Reformado	2	25%
Desempregado	3	37,5%
Coabita com o novo MFPC (8)		
Não	3	37,5%
Sim	5	62,5%
Experiência anterior de cuidar do novo MFPC (8)		
Não	6	75%
Sim	2	25%

Caracterização do novo membro da família prestador de cuidados (variáveis quantitativas)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Idade	49	14,84	32	74	43	40
Nível de escolaridade (anos)	5,63	1,69	4	9	6	6

ANEXO XXXIV

Percepção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados da pessoa com dependência no autocuidado, três meses após a alta

Percepção de autoeficácia do MFPC					Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado tomar banho	o	1	3	10	21	(2,9%)	(8,6%)	(28,6%) (60%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado vestir-se ou despir-se	o	1	3	10	21	(2,9%)	(8,6%)	(28,6%) (60%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado alimentar-se	o	-	-	4	31		(11,4%)	(88,6%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado arranjar-se	o	-	3	8	24		(8,6%)	(22,9%) (68,6%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado cuidar da higiene pessoal	o	-	2	9	24		(5,7%)	(25,7%) (68,6%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado auto-elevar	o	4	10	8	13	(11,4%)	(28,6%)	(22,9%) (37,1%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar o sanitário	o	-	2	13	20		(5,7%)	(37,1%) (57,1%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado transferir-se	o	5	9	9	12	(14,3%)	(25,7%)	(25,7%) (34,3%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado virar-se	o	-	3	11	21		(8,6%)	(31,4%) (60%)
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado usar a cadeira de rodas	o	-	3	-	-		(100%)	
O MFPC considera-se competente para assistir o dependente no autocuidado andar	o	7	7	8	12	(20,6%)	(20,6%)	(23,5%) (35,3%)
Média – 3,34; DP – 0,69; Mediana – 3,7								

ANEXO XXXV

Evolução dos compromissos dos processos corporais da pessoa com dependência no autocuidado três meses após a alta

Evolução dos compromissos dos processos corporais	N	(%)
Evolução dos sinais de desidratação		
Adquiriu sinais de desidratação	13	23,2%
Manteve sinais de desidratação	3	5,4%
Resolveu sinais de desidratação	27	48,2%
Manteve-se sem sinais de desidratação	13	23,2%
Evolução das úlceras de pressão		
Adquiriu úlceras de pressão	7	12,5%
Manteve úlceras de pressão	3	5,4%
Resolveu úlceras de pressão	8	14,3%
Manteve-se sem úlceras de pressão	38	67,9%
Evolução da anquilose		
Manteve anquilose	25	44,6%
Resolveu anquilose	9	16,1%
Manteve-se sem anquilose	22	39,3%
Evolução da maceração		
Manteve a maceração	1	1,8%
Resolveu a maceração	6	10,7%
Manteve-se sem maceração	49	87,5%
Evolução do equilíbrio		
Piorou o equilíbrio	4	7,3%
Manteve o equilíbrio	25	45,5%
Melhorou o equilíbrio	26	47,3%

ANEXO XXXVI

Diferenças no *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado”, em função do sexo (Teste *U* de Mann Whitney)

		N	Score de Evolução do nível de dependência - Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Sexo	Masculino	29	26,03
	Feminino	27	31,15
	Total	56	
p=0,240			

Diferenças no *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado”, em função da existência de compromissos na orientação e memória da pessoa com dependência no autocuidado (Teste *U* de Mann Whitney)

		N	Score de Evolução do nível de dependência - Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Orientação	Com compromisso	13	23,00
	Sem compromisso	43	30,90
	Total	56	
p=0,095			
Memória	Com compromisso	13	23,00
	Sem compromisso	43	31,11
	Total	56	
p=0,082			

Diferenças no *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado”, em função da existência de compromissos dos processos corporais (Teste *U* de Mann Whitney)

		N	Score de Evolução do nível de dependência - Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Presença de maceração	Não	50	28,49
	Sim	6	28,58
	Total	56	
p=0,990			
Alteração do tônus muscular	Não	15	29,10
	Sim	41	28,28
	Total	56	
p=0,868			
Alteração da força muscular	Não	3	24,33
	Sim	53	28,74
	Total	56	
p=0,680			
Sinais de desidratação	Sem sinais	16	32,72
	Com sinais	40	26,81
	Total	56	
p=0,220			
Compromisso do movimento articular	Sem compromisso	22	32,64
	Com compromisso	34	25,82
	Total	56	
p=0,126			

Estudo das correlações entre o *score* de “evolução do nível dependência no autocuidado” e o *score* de equilíbrio corporal da pessoa com dependência no autocuidado, no momento da alta (Coeficiente de *rho* de Spearman; resultados estatisticamente significativos)

Score de Evolução do nível de dependência no autocuidado		
Score Equilíbrio corporal	<i>rho</i> de Spearman	0,320
	P	0,017

Diferenças no *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado” em função das variáveis que caracterizam a situação de dependência (Teste *U* de Mann Whitney)

		N	Score de Evolução do nível de dependência - Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Forma de instalação da dependência	Súbita	37	31,01
	Gradual	19	23,61
	Total	56	
p=0,107			
Percepção da situação de dependência	De novo	36	30,81
	Anterior ao internamento	20	24,35
	Total	56	
p=0,155			
Situação que originou a dependência	Doença aguda	39	28,36
	Doença crónica	12	18,33
	Total	56	
p=0,041			
Equipamento auxiliar no autocuidado	Não	39	30,55
	Sim	17	23,79
	Total	56	
p=0,153			
Ajuda de pessoa no autocuidado	Não	36	30,81
	Sim	20	24,35
	Total	43	
p=0,155			

ANEXO XXXVII

Estudo das correlações (Coeficiente de ρ de Spearman; resultados estatisticamente significativos) entre o *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado” e os *scores* agregados de:

- “Envolvimento”
- “Preocupação com o apoio”
- “Tomada de decisão autónoma”
- “Tomada de decisão apoiada”
- “Crenças de saúde”
- “Acessibilidade aos serviços de apoio”
- “Atitude positiva face ao plano terapêutico”

Score de Evolução do nível de dependência no autocuidado		
Score de Envolvimento	ρ de Spearman	0,462
	p	0,002
Score de Preocupação com o apoio	ρ de Spearman	-0,306
	p	0,049
Score de Tomada de decisão autónoma	ρ de Spearman	0,448
	p	0,003
Score de Tomada de decisão apoiada	ρ de Spearman	0,611
	p	<0,001
Score de Crenças de saúde	ρ de Spearman	0,390
	p	0,011
Score de Acessibilidade aos serviços de apoio	ρ de Spearman	0,345
	p	0,025
Score de Atitude positiva face ao plano terapêutico	ρ de Spearman	0,344
	p	0,026

ANEXO XXXVIII

Diferenças no *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado”, em função do local onde a pessoa está três meses após a alta, se foi a mesma a decidir sobre o local onde estar e se voltou a estar internada (Teste *U* de Mann Whitney)

		N	Score de Evolução do nível de dependência - Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Está no domicílio	Não	9	7,89
	Sim	47	32,45
	Total	56	
p<0,001			
A pessoa tomou a decisão	Não	9	10,67
	Sim	47	31,91
	Total	56	
p<0,001			
Voltou a estar internado	Não	44	31,30
	Sim	12	18,25
	Total	56	
p=0,014			

ANEXO XXXIX

Diferenças no *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado”, em função da procura de informação e dos recursos institucionais e profissionais utilizados pela pessoa com dependência no autocuidado ao longo dos três meses (Teste *U* de Mann Whitney)

		N	Score de Evolução do nível de dependência - Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Treino/preparação para se tornar mais independente	Não	22	23,82
	Sim	34	31,53
	Total	56	
p=0,084			
Recursos: procura de informação	Não	32	23,83
	Sim	24	34,73
	Total	56	
p=0,013			
Recursos institucionais da comunidade	Não	44	29,58
	Sim	12	24,54
	Total	56	
p=0,342			
Recursos profissionais: apoio domiciliário	Não	40	30,04
	Sim	16	24,66
	Total	56	
p=0,264			
Recursos profissionais: visita domiciliária de enfermagem	Não	51	29,71
	Sim	5	16,20
	Total	56	
p=0,077			
Recursos profissionais: cuidados de enfermagem de reabilitação	Não	39	25,54
	Sim	16	34,00
	Total	56	
p=0,075			
Recursos profissionais: cuidados de fisioterapia	Não	22	25,25
	Sim	34	30,60
	Total	56	
p=0,230			

ANEXO XL

Diferenças no *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado”, em função do sexo do MFPC, da coabitação com o MFPC, da experiência anterior do MFPC, do estado civil do MFPC e do parentesco com o MFPC, da pessoa com dependência no autocuidado (Teste *U* de Mann Whitney)

		N	Score de Evolução do nível de dependência - Mean Rank (Teste <i>U</i> de Mann Whitney)
Sexo do MFPC	Masculino	6	33,25
	Feminino	50	27,93
	Total	56	
p=0,450			
Coabitação com MFPC	Não	12	21,79
	Sim	44	30,33
	Total	56	
p=0,107			
Experiência anterior do MFPC	Não	33	32,33
	Sim	23	23,00
	Total	56	
p=0,035			
Estado civil do MFPC	Casado/união de fato	43	26,40
	Solteiro	12	33,75
	Total	55	
p=0,159			
Parentesco do MFPC	Cônjuge	14	21,11
	Filho/a	29	22,43
	Total	43	
p=0,745			

Estudo da correlação entre o *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado” e o *score* de “perfil de prestação de cuidados do MFPC” (Coeficiente de *rho* de Spearman)

Score de Evolução do nível de dependência no autocuidado		
Score do Perfil de prestação de cuidados do MFPC (na alta)	<i>rho</i> de Spearman	0,316
	P	0,018

Estudo da correlação entre o *score* de “evolução do nível de dependência no autocuidado” e o *score* de “evolução da percepção de autoeficácia do MFPC” (Coeficiente de *rho* de Spearman)

Score de Evolução do nível de dependência no autocuidado		
Score da Evolução da percepção de autoeficácia do MFPC	<i>rho</i> de Spearman	0,246
	P	0,154